

ՀՏԴ 616-0,36.2+616.441

Յողի անբավարարությանը չպայմանավորված վահանաձև գեղձի հիվանդությունների ռիսկի գործոնները Երևան քաղաքի բնակիչների շրջանում

Ա.Գ. Խոռյան¹, Ե.Մ. Աղաջանովա¹, Ս.Է. Բաղդասարյան¹,
Գ.Գ. Դավաթյան², Ա.Է. Թադևոսյան¹

¹ Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան,
Էնդոկրինոլոգիայի ամբիոն
0025, Երևան, Կորյունի 2

² Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Երևան, Հայաստան

Բանալի բառեր. Յողի անբավարարություն, վահանաձև գեղձի հիվան-
դություններ, յոդացված աղ, վահանագեղձ

Հայտնի է, որ վահանաձև գեղձի հիվանդությունների հիմնական ռիսկի գործոնը յողի անբավարարությունն է, ինչն արտահայտված կապ ունի աշխարհաքիմիական տարածքների հետ: Հայաստանը յողի անբավարարության առումով համարվում է Էնդեմիկ շրջան, ինչի հաղթահարման համար հաջողությամբ կիրառվում է զանգվածային կանխարգելման միջոցառում՝ կերակրի աղի յոդացման տեսքով: Չնայած նրան, որ հեղինակավոր միջազգային կազմակերպությունները փաստում են ծրագրի հաջողության մասին, և Հայաստանը ճանաչվել է որպես յողի անբավարարությունը հաղթահարած երկիր, սակայն հանրապետությունում աճում է վահանաձև գեղձի հիվանդությունների թվաքանակը:

Հայաստանն օվկիանոսից հեռու գտնվող լեռնային երկիր է, ինչն էլ յողի անբավարարության պատճառն է: ԽՍՀՄ-ի տարիներին Հայաստանում, ինչպես նաև ԽՍՀՄ ողջ տարածքում, կատարվել է զանգվածային, խմբային և անհատական յոդային անբավարարության կանխարգելում՝ աղի յոդացում: Սակայն 1988 – 2000թթ. աղը չի յոդացվել, քանի որ աղի յոդացման համար ստանդարտացված յոդը Ավանի՝ աղի կոմբինատը ստանում էր Մումգայիթից: Որպես հետևանք՝ Հայաստանի ամբողջ տարածքում գրանցվել էր վահանաձև գեղձի հիվանդությունների աճ: Կատարված հետազոտություններից հետո UNICEF-ի աջակցությամբ վերասարքավորվել է Ավանի աղի

կումբինատը, որը 2001թ.-ից արտադրում է յոդացված աղ՝ եվրոպական ստանդարտներով (50 գ կալիումի յոդիդ՝ 1 տոննա աղին):

1995թ.-ին Հայաստանի Հանրապետությունում կատարված ուսումնասիրության արդյունքում բացահայտվել է վահանաձև գեղձի գերաճ (խալիպ)՝ հետազոտությամբ ընդգրկված հղի կանանց 50.4%-ի և 6-12 տարեկան երեխաների 40%-ի մոտ: Արձանագրվել է նաև կրետինիզմի 37 դեպք:

Կանանց և երեխաների առողջության ազգային հետազոտությամբ (1998թ.) վերաբրտադրողական տարիքի (15-45 տ.) 2649 կանանցից շուրջ 30%-ի մոտ հայտնաբերվել է I կամ II աստիճանի խալիպ (6%-ը՝ նկատելիության փուլում), իսկ հետազոտված 0-5 տարեկան 3433 երեխաներից՝ յոդի անբավարարությամբ պայմանավորված խանգարումներ են դիտվել 31%-ի մոտ:

Հայաստանում էնդեմիկ խալիպի (ԷԽ) տարածման առաջին ուսումնասիրությունն իրականացվել է 1946-1950թթ.: Հիվանդության տարածումը հասնում էր 25-30%-ի: 1955թ.-ից Հայաստանի՝ հիվանդության ամենաբարձր ցուցանիշներ արձանագրած տարածքներում ձեռնարկվեցին խալիպի վերահսկման միջոցառումներ, որոնք ենթադրում էին յոդացված աղի մատակարարում ԷԽ-ի տարածքներ և յոդի հաբերի տրամադրում ռիսկային խմբերին (հղի կանանց, կերակրող մայրերին և երեխաներին):

1970թ.-ին Ավանի աղի կումբինատն (ԱԱԿ) սկսեց «Էքստրա» տեսակի յոդացված աղի արտադրությունը, որը բավարարում էր երկրի կարիքները և արտահանվում էր ԽՍՀՄ-ի այլ տարածաշրջաններ: Միննույն ժամանակ արտադրվում և սպառվում էր նաև չյոդացված աղ: 1990թ.-ին ԱԱԿ-ը արտադրել էր 33 հազար տոննա յոդացված աղ: Այդ ժամանակ աղի հարստացման համար օգտագործվում էր կալիումի յոդիտ (KI)՝ թույլ կայունությամբ հարստացնող բաղադրիչը, և աղի յոդացման մակարդակը համեմատաբար ցածր էր (23 ± 11 մգ/կգ), [5]:

Միջազգային կազմակերպությունների (ԱՀԿ, Նախաձեռնություն սննդային միկրոտարրերի անբավարարության ոլորտում, Սննդային միկրոտարրերի անբավարարության հետևանքների դեմ պայքարի ծրագիր, Յոդի անբավարարությամբ պայմանավորված հիվանդությունների դեմ պայքարի միջազգային խորհուրդ և այլն) փորձագետների գնահատմամբ բնակչության շրջանում յոդի անբավարարությամբ պայմանավորված խանգարումների 30% և ավելի տարածվածության դեպքում դրանց դեմ պայքարի միջոցառումները կարող են արդյունավետ լինել միայն կանխարգելիչ համատարած միջոցառումներ իրականացնելու դեպքում [1,6]:

2004թ. փետրվարին Հայաստանի կառավարությունը որոշում ընդունեց կերակրի աղի պարտադիր յոդացման մասին, ինչպես նաև արգելվեց չոդացված աղի ներմուծումը: Միննույն ժամանակ կառավարությունը որոշում կայացրեց հետազոտություն անցկացնել Հայաստանում յոդային սնուցման վերաբերյալ և այդ նպատակով տեխնիկական աջակցության համար դիմեց UNICEF -ին [4]:

Հայաստանի բնակչության յոդային սնուցման վերաբերյալ ներկայացուցչական հետազոտությունն իրականացվել է 2005թ. մայիս-հունիս ամիսներին՝ 1996թ. երկրում մեկնարկած «Յոդի անբավարարության վերացման ազգային ծրագրի» շրջանակներում: Հետազոտության տվյալները ցույց են տալիս, որ երկիրը հաղթահարել է աղի յոդացման միջոցով բնակչության յոդային անբավարարության խնդիրը: Ստանդարտ յոդի կոնցենտրացիան աղի մեջ սկզբում դրվել է 50 ± 15 մգ/կգ, բայց 2005-ին իջեցվել է 40 ± 15 մգ/կգ-ի, երբ Ազգային հետազոտությունը ցույց տվեց, որ դպրոցական տարիքի երեխաների շրջանում յոդի միջին կոնցենտրացիան մեզում կազմել էր 313 մկգ/լ, ինչը վկայում է ավել յոդի քանակ ընդունելու մասին այս տարիքային խմբի համար՝ ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) առաջարկությունների [22]:

2006թ. օգոստոսին UNICEF-ը, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ), Յոդի անբավարարությամբ պայմանավորված հիվանդությունների միջազգային խորհուրդը Հայաստանը ճանաչեցին յոդի անբավարարությունը հաղթահարած երկիր: Յոդի անբավարարության հաղթահարման մասին են վկայում նաև 2017թ. համատեղ հետազոտությունների տվյալները՝ կատարված Կոլումբիայի համալսարանի, ԱՄՆ-ի, ԵՊԲՀ-ի, Հայաստանի կողմից Iodine Global Network-ի աջակցությամբ [2,3,7,21,28]:

Միաժամանակ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի պաշտոնական տվյալներով վերջին տարիներին գրանցվել է վահանաձև գեղձի հիվանդությունների զգալի աճ: Այսպես, հիվանդացության ցուցանիշը 100 000 բնակչի հաշվով 1995 թ. եղել է 12,3; 2000թ.՝ 15,2, իսկ 2016թ.՝ արդեն 20,4, ինչը կազմում է շուրջ 66 տոկոս ավելացում վերջին քսան տարվա ընթացքում: Առողջապահության նախարարության տվյալներով 2006թ.-ին հանրապետությունում հիպերթիրեոզ ախտորոշվել է 2563 մարդ՝ 368 հիվանդով ավելի, քան 2005թ.-ին: Նույն 2006թ.-ին առաջին անգամ հիվանդությունն ախտորոշվել է 724 մարդու մոտ՝ շուրջ 300-ով ավելի, քան 2005թ.-ին: Հայաստանում 2007թ.-ին հիպերթիրեոզ առաջին անգամ ախտորոշվել է 458 մարդու մոտ, հիվանդների ընդհանուր թիվը հանրապետությունում եղել է 2334 հոգի [8-9], սակայն չկան մանրամասներ հիպերթիրեոզի մասին:

Բացի յոդի անբավարարության ազդեցության մասին տվյալներին, գրականության մեջ առկա են սակավաթիվ տվյալներ վահանաձև գեղձի վիճակի և դրա հիվանդությունների զարգացման վրա ազդող այլ գործոնների վերաբերյալ: Դրանց շարքում են դասվում մի շարք էկոլոգիական և արտադրական վնասակար գործոններ, այդ թվում՝ ծանր մետաղները, վնասակար ռադիացիոն ազդեցությունը, ինչպես նաև վարքագծային գործոնները՝ ծխելը, սննդակարգը և այլն (11): Քննարկվում է նաև մարմնի զանգվածի հնարավոր ազդեցության հարցը վահանաձև գեղձի ֆունկցիայի խանգարման վրա [13,15,18, 24,30]: Վերջերս շատ մեծ տեղ է տրվում սելենի նշանակությանը Հաշիմոտոյի հիվանդության զարգացման մեջ, քննարկվում են այդ միկրոտարրի անբավարարության հարցերը, դրա հասանելիության և յուրացման վրա ազդող գործոնները [16,21,29]:

Այսպիսով, ներկայումս մասնագետների ուշադրության կենտրոնում են յոդի անբավարարությամբ չպայմանավորված վահանագեղձի հիվանդությունները՝ վահանաձև գեղձի նորագոյացությունները, հանգուցավոր ոչ տոքսիկ խալիպը, բազմահանգուցավոր տոքսիկ խալիպը, տոքսիկ ադենոման, աուտոիմուն թիրեոիդիտը:

Հասանելի գրականության համառոտ ակնարկը վկայում է այն մասին, որ չնայած յոդի անբավարարության հաղթահարմանն ուղղված ադի յոդացման հաջողված ծրագրին՝ վահանաձև գեղձի հիվանդությունների տարածվածությունը Հայաստանի Հանրապետությունում շարունակում է աճել: Այս իրավիճակի պատճառը կարող է լինել այլ ռիսկի գործոնների՝ յոդի անբավարարության հետ չկապված, ազդեցությունը, որոնց տարածվածությունը և առանձնահատկությունները Հայաստանում դեռևս ուսումնասիրված չեն:

Նշված հիվանդությունների տարածման դեմ պայքարն արդյունավետ դարձնելու համար անհրաժեշտ է ուսումնասիրել դրանց կառուցվածքը, աշխարհագրական (տարածաշրջանային) տարածվածության օրինաչափությունները և առաջացմանը նպաստող գործոնները:

Հետազոտության նպատակն էր յոդի անբավարարությամբ չպայմանավորված վահանաձև գեղձի հիվանդությունների ռիսկի գործոնների ուսումնասիրությունը Երևան քաղաքի մեծահասակների շրջանում:

Նյութը և մեթոդները

Կատարվել է ոչ էքսպերիմենտալ՝ դեպք-ստուգիչ քանակական հետազոտություն:

Հետազոտության դեպքերը հավաքագրվել են Երևան քաղաքի հինգ հիվանդանոցներից՝ «Մուրացան» և «Հերացի» համալսարանական հիվանդանոցներից, «Իզմիրյան», «Արմենիա» և «Մբ. Գր. Լուսավորիչ» բժշկական կենտրոններից: Հետազոտության մասնակիցները Երևան քաղաքի 12 վարչական շրջաններից էին: Հետազոտության շրջանակներում դեպքերը կազմել են 355, իսկ ստուգիչները՝ ևս 355: Հարցաթերթիկի օգնությամբ ուսումնասիրվել են ժողովրդագրական, սոցիալ-տնտեսական, ընտանեկան նախատրամադրվածության, վարքագծային, շրջակա միջավայրային և այլ գործոնների վերաբերող հարցեր: Տվյալները մուտքագրվել և վերլուծվել են SPSS 16,0 և EpiInfo 7 փաթեթների միջոցով: Հետազոտության ընտրանքի ծավալի հաշվարկը կատարվել է համապատասխան վիճակագրական մեթոդով և հաշվի առնելով α -սխալի հավանականությունը՝ 5%, թեստի հզորությունը՝ 80%, կազմել է 624 միավոր (312 դեպք, 312 ստուգիչ), (20):

Փուլն ուղղված է պացիենտների բժշկական փաստաթղթերի հիման վրա, ինչպես նաև հատուկ մշակված հարցաթերթիկների միջոցով հիվանդության հնարավոր ռիսկի գործոնների բացահայտմանը: Հետազոտության ընթացքում օգտագործվելու են նաև պաշտոնական վիճակագրական տվյալները վահանաձև գեղձի հիվանդությունների տարածվածության վերաբերյալ:

Հետազոտության գլխավոր գործիքը կիսակառուցվածքայնացված հարցաթերթիկն էր: Հարցաթերթիկի օգնությամբ ուսումնասիրվել են ժողովրդագրական, սոցիալ-տնտեսական, ընտանեկան նախատրամադրվածության, վարքագծային, շրջակա միջավայրային և այլ գործոնների վերաբերող հարցեր: Հարցաթերթիկը ներառում է մեծամասամբ 52 փակ հարց:

Արդյունքները և քննարկումը

Հետազոտության շրջանակներում դեպքերը կազմել են 355, իսկ ստուգիչները՝ ևս 355:

Երկու խմբերում էլ մասնակիցների ճնշող մեծամասնությունը կանայք էին՝ 96.6 % դեպքերի և 90% ստուգիչների խմբում (տե՛ս աղյուսակ 1):

Աղյուսակ 1

Մեռով պայմանավորված ռիսկ

Խումբ	Արական, n (%)	Իգական, n (%)
Հիվանդներ	12 (3.4)	343(96.6)
Առողջներ	36 (10.1)	319 (89.9)

$$\chi^2 = 12.87, p < 0.0000$$

Հարցազրույցի մասնակիցների և ստուգիչների միջին տարիքը համապատասխանաբար 43.6 և 37.6 էր: Դեպքերի 74.1%-ը և ստուգիչների 60.8%-ը ամուսնացած էին: Մասնակիցների մեծամասնությունն ուներ բարձրագույն կամ միջին մասնագիտական կրթություն՝ դեպքերի 74.6%-ը և ստուգիչների 73.5%-ը: Դեպքերի և ստուգիչների կեսից ավելին աշխատում էին լրիվ կամ կես դրույքով, համապատասխանաբար՝ 54.9% և 53.5%:

Ստուգիչների (N=355) գրեթե 50 %-ը կամ 174-ը օգտագործում էին ծովամթերք, մինչդեռ դեպքերի (N=355) միայն 5.6 %-ը կամ 20-ն էր օգտագործում ծովամթերք (տե՛ս աղյուսակ 2):

Աղյուսակ 2

Ծովամթերքի ազդեցության վերլուծությունը

Խումբ	Օգտագործել են, n (%)	Չեն օգտագործել, n (%)
Հիվանդներ	20 (5.6)	343(96.6)
Առողջներ	174 (50)	319 (89.9)

$$\chi^2 = 165, p < 0.000$$

355 դեպքերից 14.7 %-ը կամ 52-ը ունեին ուռուցքային հիվանդություններ, այնինչ 355 ստուգիչներից միայն 4.2%-ը կամ 15-ը ունեին: Համապատասխանության գործակիցը Յեթսի ճշգրտումով հավասար է 78.8-ի ($\chi^2 = 78.8, P < 0.000$), (OR= 3.91 (2.2-7.1)):

Ստուգիչներից (N=355) 75 %-ը կամ 277-ը օգտագործում էր ընդեղեն, իսկ դեպքերի (N=355)՝ 55 %-ը կամ 196-ը: Համապատասխանության գործակիցը Յեթսի ճշգրտումով հավասար է 41.5-ի ($\chi^2 = 41.5, P < 0.000$), (OR= 2.9 (2-4)):

355 դեպքերից 263-ի կամ 74 %-ի և 355 ստուգիչներից 218-ի կամ մոտ 61 %-ի ընտանիքներում կային ծխողներ: Համապատասխանության գործակիցը Յեթսի ճշգրտումով հավասար է 12.5-ի ($X^2 = 12.5$, $P < 0.000$), ($OR = 1.8$ (1.3-2.5):

Ներկա պահին ծխում էին 355 դեպքերից 26-ը կամ մոտ 7%-ը, իսկ 355 ստուգիչներից՝ մոտ 35-ը կամ 10%-ը: Հավաստի տարբերություն չկա ($P > 0.05$):

Ընտանիքում վահանաձև գեղձի հիվանդություններ ունեին 355 դեպքերից մոտ 57%-ը կամ 204-ը, իսկ 355 ստուգիչներից՝ մոտ 37%-ը կամ 134-ը (տե՛ս աղյուսակ 3):

Աղյուսակ 3

Խումբ	Ընտանեկան դեպքեր կան, n (%)	Ընտանեկան դեպքեր չկան, n (%)
Հիվանդներ	204 (57)	151(43)
Առողջներ	134 (37)	221(63)

$$\chi^2 = 26.8, p < 0.000$$

Դեպքերից ($N=355$) 283-ի կամ մոտ 80 %-ի շրջապատում կային վահանաձև գեղձով հիվանդներ, ինչը գրեթե չի տարբերվում ստուգիչ խմբի ($N=355$) տվյալներից՝ մոտ 78 % կամ 274: Այստեղ էական տարբերություն չի հայտնաբերվել ($P > 0.05$):

Հավկիթ օգտագործելու պարագայում դեպքերի և ստուգիչների մոտ գրեթե չկար ոչ մի հավաստի տարբերություն ($P > 0.05$):

Սսամթերք օգտագործում էին 355 ստուգիչներից 335-ը կամ մոտ 95 %-ը, իսկ 355 դեպքերից՝ 306-ը կամ մոտ 86%-ը: Համապատասխանության գործակիցը Յեթսի ճշգրտումով հավասար է 13.5-ի ($X^2 = 13.5$, $P < 0.000$), ($OR = 2.6$ (1.5-4.6):

Կաթնամթերք օգտագործում էին 355 ստուգիչներից 320-ը կամ մոտ 90 %-ը, իսկ 355 դեպքերից՝ մոտ 87 %-ը կամ 307-ը: Այս դեպքում հավաստի տարբերություն չի հայտնաբերվել ($P > 0.05$):

Ստուգիչներից 341-ը կամ մոտ 96 %-ը և դեպքերից 287-ը կամ 80%-ը օգտագործում էին բանջարեղեն: Համապատասխանության գործակիցը Յեթսի ճշգրտումով հավասար է 40.2-ի ($X^2 = 40.2$, $P < 0.000$), ($OR = 5.8$ (3.1-10.5):

Ստուգիչներից ($N=355$) արևադարձային մրգեր օգտագործում էին 260-ը կամ մոտ 73 %-ը, իսկ դեպքերից ($N=355$)՝ 226-ը կամ մոտ 63 %-ը:

Համապատասխանության գործակիցը Յեթսի ճշգրտումով հավասար է 7.5-ի ($X^2=7.5$, $P<000$), ($OR=1.5$ (1.1-2.1):

Փորոտիքի (կենդանական լյարդ, սիրտ, երիկամ) օգտագործումն էապես չի տարբերվում համեմատվող խմբերի միջև:

Տարբերություն չէր գրանցվել նաև ծլած ցորեն, հնդկաձավար, վարսակաձավար, եգիպտացորեն օգտագործողների տվյալների միջև:

Ստուգիչներից ($N=355$) 303-ը կամ մոտ 85 %-ը, իսկ դեպքերից 247-ը կամ մոտ 69%-ը օգտագործում էին *լու/իկ*: Համապատասխանության գործակիցը Յեթսի ճշգրտումով հավասար է 25.3-ի ($X^2=25.3$, $P<000$), ($OR=2.5$ (1.7-3.7):

Միստոր օգտագործում էին 355 ստուգիչներից 195-ը կամ մոտ 55 %-ը, իսկ 355 դեպքերից՝ 124-ը կամ մոտ 35 %-ը: Համապատասխանության գործակիցը Յեթսի ճշգրտումով հավասար է 28.6-ի ($X^2=28.6$, $P<000$), ($OR=2$ (1.7-3):

Չիթապտղի ձեթ օգտագործում էին 355 ստուգիչներից 198-ը կամ մոտ 56 %-ը, իսկ 355 դեպքերից՝ 125-ը կամ մոտ 35 %-ը: Համապատասխանության գործակիցը Յեթսի ճշգրտումով հավասար է 30.3-ի ($X^2=30.3$, $P<000$), ($OR=2.3$ (1.7-3.1):

355 դեպքերից 49-ը կամ մոտ 14 %-ը օգտագործում էին խոզի ճարպ, իսկ 355 ստուգիչներից՝ 41-ը կամ մոտ 12%-ը: Հավաստի տարբերություն չի հայտնաբերվել ($P>0.36$):

«Վահանաձև գեղձի հիվանդությունների տարածվածությունը Հայաստանում, որիսկի գործոնները և սոցիալ-տնտեսական հետևանքները» ծրագրի շրջանակներում կատարվել է առաջին պիլոտային հետազոտությունը, որի հիմնական նպատակն է նախապատրաստել մեծ հետազոտություն և փորձել գտնել որոշակի որիսկի գործոններ, որոնք ենթակա են հետագա մանրամասն ուսումնասիրության:

Հայտնաբերել ենք, որ դեպքերի ճնշող մեծամասնությունը կանայք են, այսինքն՝ գտել ենք արտահայտված սեռային տարբերություն (տե՛ս աղյուսակ 1), որի մասին փաստում է նաև բրիտանական հետազոտական խումբը իր ուսումնասիրության շրջանակներում: Ընտանիքում վահանաձև գեղձով հիվանդների առկայությունը, ըստ մեր հետազոտության արդյունքների, թեև նվազ չափով (մոտ 2 անգամ), մեծացնում է այս հիվանդությամբ հիվանդանալու որիսկը (տե՛ս աղյուսակ 3): Այս մասով մեր հետազոտության արդյունքները համընկնում են արտասահմանյան մեկ այլ հետազոտության արդյունքների հետ, որն իրականացրել են Անգլիայի Բիրմինգհեմի համալսարանի հետազոտողները, որոնց հետազոտության արդյունքները նույնպես վկայում էին, որ ընտանիքում վահանագեղձով հիվանդների առկա-

յությունը մեծացնում է հիվանդանալու ռիսկը աուտոիմուն թիրեոդիտով (6):

Մեր հետազոտության տվյալները ցույց են տալիս, որ ծովամթերք օգտագործելը 16 անգամ նվազեցնում է հիվանդանալու հավանականությունը (տե՛ս աղյուսակ 2): Մեր ստացած արդյունքը կարելի է հիմնավորել այն փաստերով, որ ծովամթերքը հարուստ է բազմաթիվ օգտակար միկրոտարրերով (սելեն, օմեգա 3 ճարպաթթուներ, յոդ, երկաթ և այլն), որոնք մեծապես մասնակցում են վահանագեղձի հորմոնների արտադրությանը՝ կարգավորելով էնդոկրին համակարգի աշխատանքը, իսկ Հայաստանը օվկիանոսից հազարավոր կիլոմետրեր հեռավորության վրա գտնվող էնդեմիկ տարածաշրջան է, ինչպես նաև մեր բնակչության սոցիալ-տնտեսական վիճակը թույլ չի տալիս բնակչության լայն շերտերին օգտագործել ծովամթերք: Այդ իսկ պատճառով ծովամթերք չօգտագործելը կարող է հանդիսանալ ռիսկի գործոն: Ամերիկայի Առողջապահության ազգային ինստիտուտի ամսագրում հրատարակված հոդվածում Հյուսիսային Կորեայի՝ քաղցկեղի ազգային կենտրոնի հետազոտական խմբի կողմից իրականացված հետազոտության մեջ նշվում է, որ ծովամթերք չօգտագործելը հիվանդության ռիսկի գործոն չէ (22):

Ծովի աղ օգտագործողների հիվանդանալու հավանականությունը մոտ 3 անգամ նվազում է, քան չօգտագործողներինը: Քանի որ ծովի աղը ևս հարուստ է կարևոր միկրոտարրերով, ինչպիսիք են սելենը, բրոմը, ուստի ստացված արդյունքը կարելի է արժևորել:

Հետազոտության արդյունքում պարզ դարձավ, որ մսամթերք օգտագործելը կարող է մոտ 2 անգամ նվազեցնել հիվանդանալու հավանականությունը: Ամերիկայի Առողջապահության ազգային ինստիտուտի ամսագրում հրատարակված հոդվածում ԱՄՆ-ի Լոմա Լինդայի համալսարանի հետազոտական խմբի կողմից իրականացված հետազոտության մեջ նշվում է, որ մսամթերք չօգտագործելը հիվանդության ռիսկի գործոն չէ, սակայն կարող է պաշտպանել այլ աուտոիմուն հիվանդություններից (23):

Հետազոտության արդյունքում պարզեցինք նաև, որ բանջարեղեն օգտագործելը նվազեցնում է հիվանդանալու հավանականությունը մոտ 5 անգամ, իսկ արևադարձային մրգերը՝ 1.5 անգամ: Շվեդիայում և Նորվեգիայում անցկացրած դեպք-ստուգիչ հետազոտության արդյունքները ևս մրգերի և բանջարեղենի օգտագործումը դրականորեն են ասոցացնում վահանագեղձի հիվանդությունների ռիսկի նվազման հետ (23):

Վահանագեղձի հիվանդություններով հիվանդանալու հնարավորությունը սխտոր օգտագործողների մոտ 2 անգամ ավելի քիչ է, քան

չօգտագործողների մոտ: Հայտնի բժիշկ, էնդոկրինոլոգ, սննդաբան Էրիկ Օսանսկին նշում է, որ սխտորը ոչ միայն նվազեցնում է հիվանդանալու հավանականությունը, այլև օգտակար է վահանագեղձով հիվանդների համար (27):

Ձիթապտղի ձեթի օգտագործումը, ըստ մեր հետազոտության տվյալների, 2 անգամ նվազեցնում է հիվանդանալու հավանականությունը, սակայն մենք չգտանք որևէ ուսումնասիրություն, որը ցույց տար, որ ձիթապտղի ձեթն ուղղակիորեն ազդում է վահանաձև գեղձի աշխատանքի վրա, այնուամենայնիվ այն կարող է թողնել անուղղակի ազդեցություն՝ օրգանիզմում նվազեցնելով բորբոքային հիվանդությունները:

Խոզի ճարպը չնայած սելենի հարուստ աղբյուր է, այնուամենայնիվ էական տարբերություն չի տվել:

Ըստ մեր արդյունքների՝ պարզվեց նաև, որ ընդդեմ օգտագործողների՝ վահանաձև գեղձի հիվանդություններով հիվանդանալու հավանականությունը 3 անգամ ցածր է չօգտագործողների հիվանդանալու հավանականությունից: Քանի որ ընդդեմը հարուստ է տարբեր կարևոր միկրոտարրերով (սելեն, օմեգա 3 և այլն), ուստի կարելի է ասել, որ ընդդեմի դերը նույնպես կարևոր է և կարող է հանդիսանալ ռիսկի գործոն (26):

Ալկոհոլ օգտագործողների հիվանդանալու ռիսկը 2.5 անգամ մեծ է, քան չօգտագործողներինը: Ամերիկայի Առողջապահության ազգային ինստիտուտի ամսագրում հրատարակված հոդվածում կորեացի հետազոտողները ևս ալկոհոլը նշել են որպես ռիսկի գործոն (17): Հետազոտությունը հավաստի տվյալներ չի հայտնաբերել ծխախոտի ազդեցության վերաբերյալ: Մեր արդյունքը չի կարելի համարել հավաստի, քանի որ մասնակիցների ճնշող մեծամասնությունը կանայք էին, և երկու խմբերում էլ ծխելու հաճախականությունը ցածր էր: Ամերիկայի Առողջապահության ազգային ինստիտուտի կողմից իրականացված հետազոտությունն իրարամերժ փաստեր է ներկայացնում վահանագեղձի վրա ծխախոտի ազդեցության վերաբերյալ (28): Մինչդեռ բրիտանական հետազոտական խումբը փաստում է դրա ռիսկի գործոն հանդիսանալը (19):

Կենդանական լյարդի և երիկամի օգտագործման պարագայում էական տարբերություն չի հայտնաբերվել, սակայն սրտի օգտագործման դեպքում մոտ 2 անգամ նվազում է հիվանդանալու հավանականությունը: Չնայած նրան, որ սելենի լավագույն աղբյուր է ծովամթերքը, սակայն սելենով հարուստ են նաև լյարդը, երիկամը և սիրտը: Ուստի այս մթերքների պարբերաբար օգտագործումը կարող է

նվազեցնել հիվանդանալու հավանականությունը, քանի որ սելենի պակասը լրացնելու լավագույն միջոցը լիարժեք սնունդն է:

Մելենով հարուստ մթերքների շարքին են պատկանում նաև ծլած ցորենը, հնդկաձավարը, վարսակաձավարը և եգիպտացորենը: Հետազոտության շրջանակներում այս մթերքների վերաբերյալ որևէ հավաստի տարբերություն չի հայտնաբերվել: Այս մթերքների մասին, ի դեպ, միջազգային գրականության մեջ չենք գտել որևէ հաստատող տվյալ՝ համեմատական անցկացնելու համար: Ուստի հետաքրքիր է շարունակել այս հարցը՝ պարզելու համար, թե ինչի հետ է սա կապված:

Ուռուցքային հիվանդություն ունեցողների՝ վահանաձև գեղձի հիվանդություններով հիվանդանալու հավանականությունը մոտ 4 անգամ ավելի բարձր է, քան ուռուցքային հիվանդություններ չունեցողների:

Հետազոտության սահմանափակումները

Հետազոտության սահմանափակում է դեպք-ստուգիչ դիզայնը: Այն առաջացնում է հսկիչ խմբի ընտրության դժվարություններ: Հնարավորություն չի տալիս հայտնաբերելու պատճառահետևանքային կապերը:

Հետազոտության սահմանափակում է նաև այն հանգամանքը, որ հետազոտվել են սահմանափակ հիվանդանոցներ:

Եզրակացություններ և առաջարկություններ

Այսպիսով, հետազոտության արդյունքում հայտնաբերել ենք, որ դեպքերի ճնշող մեծամասնությունը կանայք են, այսինքն՝ գտել ենք արտահայտված սեռային տարբերություն: Հայտնաբերել ենք նաև, որ գոյություն ունեն մի շարք ռիսկի գործոններ, որոնք նպաստում են վահանաձև գեղձի հիվանդությունների զարգացմանը: Ռիսկի գործոնների մի մասը կապված է շրջակա միջավայրի և բնակչության սոցիալ-տնտեսական վիճակի հետ: Օրինակ, հայտնաբերել ենք, որ ծովամթերք չօգտագործելը ռիսկի գործոն է վահանաձև գեղձի հիվանդությունների զարգացման համար, իսկ Հայաստանը համարվում է էնդեմիկ տարածաշրջան և ծովերից ու օվկիանոսներից գտնվում է հազարավոր կիլոմետրեր հեռավորության վրա, ինչպես նաև մեր բնակչության սոցիալ-տնտեսական վիճակը թույլ չի տալիս բնակչության լայն շերտերին օգտագործել ծովամթերք: Այդ իսկ պատճառով ծովամթերք չօգտագործելը Հայաստանում ռիսկի գործոն է: Բնակչության սոցիալ-

տնտեսական վիճակով և շրջակա միջավայրով պայմանավորված ռիսկի գործոններ են նաև պարբերական հիվանդությունը, ծով չգնալը, ծովի աղ չօգտագործելը:

Ռիսկի գործոնների մյուս խումբը պայմանավորված է վարքագծային գործոններով, ինչպես օրինակ՝ ակոհոլը, միկրոտարրերով հարուստ որոշ սննդամթերք (մսամթերք, բանջարեղեն, մրգեր, ընդդեմ, ձիթապտղի ձեթ, սխտոր, լոլիկ, փորոտիք) չօգտագործելը:

Ռիսկի գործոնների հաջորդ խումբը ընտանեկան նախատրամադրվածությունն է, այսինքն՝ ընտանիքում վահանաձև գեղձով հիվանդների առկայությունը, ըստ մեր հետազոտության արդյունքների, մեծացնում է վահանագեղձի հիվանդություններով հիվանդանալու հավանականությունը:

Այսպիսով, այս հետազոտությունը հիմք է նոր լայնածավալ հետազոտության:

Հետազոտությունն իրականացվել է ՀՀ ԿԳՆ ԳՊԿ-ի կողմից տրամադրված ֆինանսական աջակցության շնորհիվ՝ No SCS 18T-3D092 գիտական թեմայի շրջանակներում:

Ընդունված է 08.09.2020

Факторы риска заболеваний щитовидной железы, не связанных с дефицитом йода, среди жителей города Еревана

**А.Г. Хроян, Е.М. Агаджанова, С.Е. Багдасарян, Г.Г. Даллакян,
А.Е. Тадевосян**

Проведено исследование по типу случай-контроль, изучены некоторые факторы риска развития патологий щитовидной железы (ЩЖ), непосредственно не связанные с дефицитом йода. Показано, что недостаточное потребление морских продуктов, а также овощей, мяса, субпродуктов, орехов, богатых микроэлементами и витаминами, способствует повышению риска развития заболеваний ЩЖ. Особенно большое значение имеют такие продукты, как чеснок, томаты, оливковое масло. Определенное неблагоприятное значение имеет употребление алкоголя. Выявлена ассоциация заболеваний ЩЖ с семейной средиземноморской лихорадкой.

Необходимы дальнейшие широкомасштабные исследования на больших группах населения.

Risk Factors for Thyroid Diseases not Associated with Iodine Deficiency in Yerevan City Residents

A.G.Khroyan, E.M. Aghajanova, S.E. Baghdasaryan, G.G.Dallakyan, A.E. Tadevosyan

A case-control study was conducted, some risk factors for the development of thyroid diseases not directly related to iodine deficiency were studied. It has been shown that insufficient consumption of seafood, as well as vegetables, meat, offal, nuts, rich in trace elements and vitamins, contribute to an increase in the risk of developing thyroid diseases. Products such as garlic, tomatoes, and olive oil are especially important. Alcohol consumption has a certain unfavorable effect. An association of thyroid diseases with familial Mediterranean fever was revealed.

Further extensive studies in large populations are needed.

Գրականություն

1. Անդրեասյան Դ., Բազարյան Ա., Մանուկյան Ս., Մուրադյան Գ., Թորոսյան Ա., Չամանյան Ա., Բիճյան Լ., Զելվեյան Պ., ՀՀ ԱՆ Ս. Ավիալեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2016, էջ 109, http://nih.am/uploads/files/hspa_2016_arm.pdf
2. «Առողջության և առողջապահության» վիճակագրական տարեգիրք <http://nih.am/arm/topic/215/> Ակադեմիկոս Ս.Ավիալեկյանի անվ. ԱԱԻ:
3. Խաչատրյան Ս., Անդրեասյան Դ., Բազարյան Ա., Միմոնյան Ս., Մուրադյան Գ., Թորոսյան Ա., Չամանյան Ա., Մաթևոսյան Ս., Միմոնյան Ա., Կոստանյան Ս., Թորգոմյան Ի. (2016), «Առողջության և առողջապահության» տարեգիրք, Հայաստան, ՀՀ ԱՆ Ս. Ավիալեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, 2016, 27-30 էջ, http://nih.am/uploads/files/statbook_2016_arm.pdf
4. Կենսական մտահոգություններ. Յոդի պակասի ազդեցությունը դեռևս զգացվում է [պաշտոնապես] յոդի անբավարարությունը հաղթահարած Հայաստանում, 05.06.09թ., https://www.armenianow.com/hy/feature0s/9957/vital_concerns_impact_of_iodine_de
5. ՀՀ առողջապահության նախարարություն, ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն և ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի միջազգային խորհրդատու Գրիգորի Գերասիմով, Հաշվետվություն «Հայաստանում յոդային սնուցման և աղի համընդհանուր յոդացման ծրագրի իրականացման վերաբերյալ ազգային ներկայացուցչական հետազոտության արդյունքները», Երևան 2005թ.:
6. Հայաստանի Հանրապետության բնակչության սննդում յոդի անբավարարության հետևանքների դեմ պայքարի և կանխարգելման ազգային ծրագիրը, ազգային ծրագրով նախատեսված առաջնահերթ (2004-2007թթ.) միջոցառումների իրականացման ժամանակացույցը հաստատելու և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2000թ. դեկտեմբերի 31-ի N 902 որոշման մեջ լրացում կատարելու մասին, Հայաստանի Հանրապետության կառա-

- վարությունը 12.02.2004թ. N353-Ն, <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=12239>
7. Յոդի անբավարարությունը Հայաստանում վերացված է, Պաշտոնական նյութեր 17, 2006թ., <http://www.a1plus.am/15986.html>
 8. *Ивашова Ю. А.* Состояние щитовидной железы у работников резинотехнического производства в условиях комплексного воздействия производственных факторов. Медицина труда и промышленная экология, 2016, 8, с. 15-20.
 9. *Кыку П. Ф., Андрюков Б. Г.* Распространение йоддефицитных заболеваний в Приморском регионе в зависимости от геохимической ситуации. Гигиена и санитария. 2014, 93 (5), с. 97-104.
 10. *Мирошников С.В.* Изучение взаимосвязи накопления тяжелых металлов в волосах и ткани щитовидной железы у лиц, проживающих в условиях экологически неблагоприятного региона. Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии. 2012, 6, с. 30-34.
 11. *Савченко М. Ф.* Патология щитовидной железы у детского населения при сочетанном воздействии дефицита йода и фтористого загрязнения окружающей среды. Гигиена и санитария, 2016, 95 (12), с. 1201-1205.
 12. *Bartalena L, Martino E, Marcocci C, Bogazzi F, Panicucci M, Velluzzi F, et al.* More on smoking habits and Graves' ophthalmopathy. J Endocrinol Invest, 1989, 12:733–7.10.1007/BF03350047
 13. *Dawson B., Trapp R.G.* Basic and clinical biostatistics. 3rd edition, Lange. 2001, p. 399.
 14. *Gustamacchia E, Giagulli VA, Licchelli B, Triggiani V.* Selenium and Iodine in Autoimmune Thyroiditis. Endocr Metab Immune Disord Drug Targets. 2015, 15 (4), p. 288-292.
 15. *Galanti MR, Hansson L, Bergström R, Wolk A, Hjartåker A, Lund E, Grimelius L, Ekblom A.* Diet and the risk of papillary and follicular thyroid carcinoma: a population-based case-control study in Sweden and Norway, Cancer Causes Control, 1997;8:205–214.
 16. <http://www.armstat.am/file/doc/99504343.pdf>
 17. *Jiang H, Tian Y, Yan W, Kong Y, Wang H, Wang A, Dou J, Liang P, Mu Y.* The Prevalence of Thyroid Nodules and an Analysis of Related Lifestyle Factors in Beijing Communities. Int J Environ Res Public Health. 2016 Apr 22; 13 (4): 442. doi:10.3390/ijerph13040442.
 18. *Manji N, Carr-Smith JD, Boelaert K, et al.* Influences of age, gender, smoking, and family history on autoimmune thyroid disease phenotype. J Clin Endocrinol Metab. 2006;91(12):4873–4880.
 19. *Köhrle J.* Selenium and the thyroid. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2015 Oct., 22(5): 392-401.
 20. *Manji N, Carr-Smith JD, Boelaert K, et al.* Influences of age, gender, smoking, and family history on autoimmune thyroid disease phenotype. J Clin Endocrinol Metab. 2006;91(12):4873–4880.
 21. *Nicholas Hutchings, Elena Aghajanova, Sisak Baghdasaryan, Mushegh Qefoyan, Catherine Sullivan, Xuemei He.* A STRATIFIED CROSS-SECTIONAL CLUSTER MODEL SURVEY OF IODINE NUTRITION IN ARMENIA AFTER A DECADE OF UNIVERSAL SALT IODIZATION. ENDOCRINE PRACTICE. v. 25 No. 10, 2019, 987-993.
 22. *Osansky M.,* Natural treatment solutions for Hyperthyroidism and Graves' disease, 2014 February 10.
 23. *Sigurd LB.* Determinants of TSH change in a community-based cohort. Dan Med J. 2016 Jan; 63 (1): B5196.
 24. *Serena Tonstad, Edward Nathan Keiji Oda, and Gary Fraser,* Vegan Diets and Hypothyroidism, 2013 Nov 20, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4135245/>.
 25. *Seung-Hee Hong, Seung-Kwon Myung, Hyeon Suk Kim, and The Korean Meta-Analysis (KORMA) Study Group,* Alcohol intake and risk of thyroid cancer: a meta-analysis of

- observational studies, 2016 Jul 7, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5398382/>.
26. Toulis KA, Anastasilakis AD, Tzellos TG, Goulis DG, Kouvelas D. Selenium supplementation in the treatment of Hashimoto's thyroiditis: a systematic review and a meta-analysis. *Thyroid*. 2010;2010:1163-1173.
 27. Ullah H, Liu G, Yousaf B, Ali MU, Abbas Q, Munir MAM, Mian MM. Developmental selenium exposure and health risk in daily foodstuffs: A systematic review and meta-analysis. *Ecotoxicol Environ Saf*. 2018 Mar; 149: 291-306. doi: 10.1016/j.ecoenv.2017.11.056. Epub 2017 Dec 18.
 28. UNICEF Armenia. Prevention of Iodine Deficiencies Disorders - 2005 Annual Progress Report. Yerevan: UNICEF Armenia, 2005.
 29. World Health Organization, United Nation Children's Fund, International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A guide for programme managers, 3rd edition. Geneva, WHO, 2007.
 30. WHO/UNICEF/ICCIDD. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NHD_01.1.pdf
 31. Wook Jin Choi and Jeongseon Kim, Dietary factors and the risk of thyroid cancer. *Clin Nutr Res*. 2014 Jul; 3(2): 75–88.