

ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ФЕРРОКИНЕТИКИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЙОДО- И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА

И.Д. Шахизирова, Л.Д. Муллаева

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Узбекистан, Ташкент

По данным ВОЗ около 1 млрд человек проживают на йоддефицитных территориях, и у 200—300 млн из них выявляется зоб. Результаты недавно проведенных обследований показывают, дефицит железа достигает 60% у детей групп риска и 5—10% у детей «здоровой» популяции. В очагах эндемии дети и подростки составляют наиболее склонный к поражению зобом контингент населения, которые более подвержены к йододефицитным заболеваниям, отрицательно влияющие на их физическое, интеллектуальное развитие, соматическое здоровье. Наиболее важным действием тиреоидных гормонов (ТГ) в детском возрасте является анаболический эффект. В отличие от других анаболических гормонов ТГ не только и даже не столько контролирует линейный рост, сколько регулируют процессы дифференцирования ткани. Именно под влиянием ТГ дети не только растут, но и созревают, взрослеют. Железодефицитное состояние — очень распространенная патология у детей. Основная причина железодефицитных состояний (ЖДС) — нерациональное питание, усугубляющееся систематическим недополучением железа, белков, витаминов, и минеральных веществ. Дефект усвоения или повышенное расходование железа организмом обычно связан с нарушением всасывания железа при таких состояниях, как гастроэнтерит, лямблиоз, глистная инвазия, целиакия, дисбиоз кишечника с избыточным ростом патогенной флоры. Цель исследования: Оценка показателей гормонов щитовидной железы и феррокинетики у детей дошкольного возраста в условиях йодо- и железодефицита.

Материалы и методы исследования: рандомизированным, двойным слепым методом были отобраны 200 детей в возрасте от 4 до 7 лет, за которыми было проведено динамическое наблюдение в течение 6 месяцев. В зависимости от возраста исследуемые дети были подразделены на 4 группы: в 1-ю группу, включены 60 детей с дефицитом йода, во 2-ю группу — 60 детей с железодефицитным состоянием (ЖДС), и в 3-ю группу — 60 детей в сочетании дефицита йода и железа. Контрольную группу, составили 20 практически здоровых детей, которые были отобраны по показателям физического, нервно-психического развития и по результатам лабораторно-функционального исследования. У дан-

ных групп детей проведено биохимическое исследование показателей феррокинетики в сыворотке крови и гормонального статуса (показателей как ТТГ, Т3 и Т4).

Результаты исследования: Анализ результатов исследования выявил достоверное снижение сывороточного железа и ферритина во всех основных обследуемых основных группах, но с большей выраженностью в третьей группе, где идет сочетание двух состояний (дефицит йода и железа). Установлено компенсаторное повышение уровня трансферрина во второй и третьей группе по сравнению с контрольной и с первой группой. Показатели гемоглобина варьировали в пределах нормы, который доказывает, что, во всех обследуемых группах было состояние железодефицита. Оценка гормонального статуса во всех обследуемых группах выявила повышение таких показателей как ТТГ, Т3 и Т4. Тиреоидные гормоны сыворотки крови у обследованных детей с большей выраженностью были повышены в первой и третьей основных группах, где наблюдалось в 8 раз увеличение ТТГ и уменьшение Т3 в 6 раз, и в 3 раза Т4 по отношению к контрольной группе.

Выводы: Выявлено достоверное снижение сывороточного железа и ферритина, компенсаторное повышение уровня трансферрина во всех основных обследуемых группах, но с большей выраженностью в третьей группе, где идет сочетание двух состояний (дефицит йода и железа).

Уровень тиреоидных гормонов сыворотки крови с большей выраженностью были повышены на фоне сочетания дефицита йода и железа у обследованных детей.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СКРИНИНГ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

М.Д. Шестакова¹, А.А. Белова¹, И.А. Уразгалиева², М.Ю. Вигурская²

СПБГПМУ¹, Консультативно-диагностический Центр для детей № 2 ГУЗ «Поликлиника №23»², Санкт-Петербург, Россия

Введение. Коморбидная патология находится сегодня в фокусе внимания педиатров [1]. Часто в основе коморбидности лежит недифференцированная дисплазия соединительной ткани, мишенью которой являются пищеварительная и мочевыделительная системы [2]. Врожденные аномалии почек и мочевыводящих путей занимают 2 место среди всех врожденных пороков развития, являясь частой причиной хронической болезни почек [3]. В отличие от заболеваний пищеварительной систе-