

этого микроэлемента, даже в условиях его нормального поступления извне. Исследования показали, что распространенность йододефицитных состояний у девочек выше - 68,8%, чем у мальчиков 31,2%. Вероятно, это объясняется тем, что у девочек экскреция йода достоверно превышает таковую у мальчиков. По-видимому, это происходит вследствие специфического действия эстрогенов на гипоталамо-гипофизарно-тиреоидную систему или более частого у лиц женского пола врожденного дефекта тиреоидного гормоногенеза, который ведет к снижению поглощения и (или) органификации йода.

Дети с йододефицитными состояниями имели худшие показатели физического развития, особенно часто отмечались низкие показатели роста. У этих детей чаще, чем у детей с нормальной щитовидной железой выявлялась хроническая патология. Как известно, на фоне дефицита йода на 45% возрастает риск развития хронических заболеваний у детей.

Установлено, что декомпенсация и утяжеление йододефицитных заболеваний, возможно, обусловлены не только недостаточностью массовой йодной профилактики, экологическими факторами, но и изменением структуры питания населения Каракалпакстана, в том числе и детей. Определенные пищевые ограничения также могут нарушать баланс йода в организме. Относительный недостаток йода в организме детей может быть следствием нарушения его всасывания при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (например, при хронической диарее), которые так распространены у детей Приаралья.

Выводы. Йододефицитные состояния чаще встречаются у девочек, чем у мальчиков. В утяжелении йододефицитных состояний у детей первостепенная роль принадлежит недостаточности и неэффективности массовой йодной профилактики и экологическим струмогенным факторам региона. В регионе Южного Приаралья нарушение функции щитовидной железы у детей возникает на фоне дефицита йода, анемии, дисбаланса микроэлементов. Таким образом, дефицит йода – острейшая медико-социальная проблема, а приоритетные цели йодной профилактики у детей и подростков, безусловно, находятся не только в эндокринологической, но и в педиатрической сфере.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Б.С. Халмуратова, Г.Т. Утепбергенова, Г.С. Каландарова, Ж. Бабаниязова
Нукусский филиал Ташкентского педиатрического медицинского института, г.Нукус

Актуальность. Инфекции дыхательных путей представляют серьезную проблему, особенно в детском возрасте. Причем наиболее высокая заболеваемость отмечается в возрасте первых 6–7 лет жизни и причин тому несколько. Во-первых, у детей раннего возраста биоценоз верхних дыхательных путей находится в процессе становления, причем микробный пейзаж, весьма нестабилен, полиморфен, зависим от окружающей среды, и приближается к таковому взрослого человека, только к 5–8 годам жизни. Во-вторых, иммунная система детей раннего возраста характеризуется высокой пролиферативной активностью лимфоцитов, причем фракция недифференцированных, «наивных» лимфоцитов у детей этого возраста больше, чем у взрослых. В-третьих, важной особенностью иммунной системы детей раннего и дошкольного возрастов является состояние лимфоэпителиальной ткани глоточного кольца, осуществляющего местную противинфекционную защиту респираторного тракта.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости заболеваний органов дыхания у детей Республики Каракалпакстан.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены на базах городских поликлиник города Нукус. Всего были обследованы 132 ребенка с заболеваниями органов дыхания в возрасте от рождения до 1 года проживающих в городе (68) и сельской местности (64). Из них мальчики составили 62, девочки – 70. Детей в возрасте от 1 до 3 мес было 25%, от 3 до 6 мес – 28%, от 6 мес до 1

года – 47%. 58 детей находились на естественном вскармливании (первая группа) и 74 ребенка – на искусственном (вторая группа). Анамнестические данные собирали путем опроса матерей или при изучении поликлинических карт (форма №112/у, №030/у, №063/у, №026/у).

Результаты исследования. Обструктивный бронхит имел место у 121 (57,0%) ребенка первой группы, 37 (68,1%) - во второй группе, проживающие в городе против 121 (51,9%), 45 (73,5%) проживающих в сельской местности.

Пневмонию перенесли 13 (6,1%) детей первой, 15 (27,2%) - второй группы, проживающие в городе против 14 (5,9%) и 19 (30,6%) – проживающих в сельской местности. Острые бронхиты, среди детей проживающих в городе встречались в 70 (33,0%) и 33 (60,0%) случаях, а среди детей проживающие в сельской местности – в 83 (35,4%) и 35 (56,4%) случаев.

Как показывает наше исследование, среди болезни органов дыхания чаще всего встречается обструктивный бронхит. По данным исследователей при возникновении заболеваний органов дыхания у детей, проживающих в регионе Приаралья, большую роль играет экология – запыленность и загрязанность атмосферы, большое количество аллергенов, чрезмерная сухость воздуха. Основным виновником бронхообструктивного синдрома у малышей является воспаление, которое провоцируется всеми вышеперечисленными факторами – инфекционными, аллергическими, токсическими, физическими и даже неврологическими. Как только в стенке бронха возникает воспаление, поврежденные клетки тут же начинают производить особые биологически активные вещества – медиаторы воспаления. Это очень активные химические соединения, производящие массу различных эффектов – они повышают температуру, вызывают боль, покраснение, сыпи и многое другое.

Выводы. Таким образом, синдром бронхиальной обструкции достаточно часто встречается у детей, особенно у детей первых трех лет жизни. На возникновение и развитие его оказывают влияние различные факторы и, прежде всего, респираторная вирусная инфекция. Предрасполагающими анатомо-физиологическими факторами к развитию БОС у детей раннего возраста является наличие у них гиперплазии железистой ткани, секреция преимущественно вязкой мокроты, относительная узость дыхательных путей, меньший объем гладких мышц, низкая коллатеральная вентиляция, недостаточность местного иммунитета, особенности строения диафрагмы.