

Усманкулова Х.М.,
Хамраев Х. Т.,
Гарифуллина Л.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА КЛИНИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Самаркандский медицинский институт (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Врожденный гипотиреоз - заболевание щитовидной железы, встречающееся с частотой 1 случай на 4000-5000 новорожденных, причем у девочек данное заболевание встречается в 2-2,5 раза чаще, чем у мальчиков. Наиболее тяжело протекает первичный гипотиреоз, который при отсутствии своевременного и адекватного лечения вызывает глубокие изменения в ЦНС ребенка, вплоть до развития олигофрении. В связи с малой специфичностью и стертостью клинических симптомов у новорожденных ранняя диагностика врожденного гипотиреоза возможна только на основании гормональных исследований при скрининговых обследованиях.

По литературным данным начало терапии левотироксином в первые недели жизни могло бы предотвратить или свести к минимуму нейропсихические отклонения у ребенка с врожденным гипотиреозом. В связи с этим целью нашей работы явилось оценка клинической и биохимической эффективности применения левотироксина с первых дней жизни ребенка.

Материал и методы: проведено динамическое клинико-лабораторное исследование 36 новорожденных Самаркандской области которым в результате скрининговых обследований был поставлен диагноз: врожденный гипотиреоз.

При обследовании детей использован весь комплекс методов, включающих в себя изучение особенностей течения настоящей беременности, неонатального периода, определение параметров физического развития. В периоде новорожденное™ клиническая диагностика врожденного гипотиреоза осуществлялась с применением шкалы Апгар.

Тиреоидный статус оценивался путем определения уровня тиреотропного гормона (ТТГ) с использованием реактивов фирмы «DELFLIA» на оборудовании «Wallak». Первичный результат был получен в результате скринингового исследования путем забора крови 6-8 капель крови из пятки у новорожденного на 4-5 сутки (у недоношенных на 7-14 сутки) на фильтровальную бумагу. По рекомендации ВОЗ, пороговый уровень ТТГ в сухом пятне крови принят за 20 мкМЕ/мл. Исследования проводили через 2-3 недели от получения положительного результата, а также через 5-6 месяцев.

Гормональная терапия в большинстве случаев была начата в первый месяц жизни левотироксином в дозе 10-15 мкг/кг массы тела.

Нервно-психическое развитие детей на первом году жизни оценивали с помощью скринирующей количественно-качественной методики Л.Т. Журбы и Е.М. Маслоковой (1981), включающей характеристику возрастного развития ребенка по 10 показателям.

Результаты и обсуждения: При первичном скрининговом определении ТТГ было выявлено, что его уровень у 10 детей находился в пределах 38,5±6,5 мкМЕ/мл (1 группа), основную часть (14 детей) составили дети с

уровнем ТТГ 65,8±7,2 мкМЕ/мл (11- группа), у 12 детей (Ш группа) уровень ТТГ был в диагностических пределах для постановки диагноза врожденный гипотиреоз и составил 120,7±8,2 мкМЕ/мл.

Известно, что интенсивность и продолжительность действия повреждающих факторов во время беременности определяют различную степень функциональной активности щитовидной железы плода и новорожденного. Так, более выраженное снижение тиреоидной активности в раннем неонатальном периоде отмечалось у детей, родившихся от матерей с сочетанной патологией беременности. При уточнении данных анамнеза установлено, что 20% матерей во время беременности имел место диффузный нетоксический зоб 1-П степени и у 6% матерей III степени. При этом больше половины матерей, в основном из сельских районов не наблюдались регулярно у эндокринолога и не получало лечения йодсодержащими препаратами. У 14% матерей в течении всего периода беременности наблюдалась угроза ее прерывания. 22% составили матери с гестозом II половины. У 25% матерей наблюдалась сочетанная экстрагенитальная патология. Таким образом, осложнения периода гестации оказывают существенное влияние на функционирование гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы плода.

Попытка определить клинические признаки врожденного гипотиреоза по шкале Апгар на 4-5 день, привела к результату, что данные признаки в пределах достаточной диагностической суммы - 5 баллов, были диагностированы всего лишь в 11% случаев. Основные баллы были определены за наличие отека лица, пупочной грыжи, женский пол, массу тела при рождении более 3500 граммов, переношенную беременность - более 40 недель гестации, затянувшуюся гипербилирубинемию. Следует отметить, что у всех детей данной группы уровень ТТГ находился в пределах >100 мкМЕ/мл, у остальных детей сумма баллов на 4-5 день составила 1,7 баллов, возрасте 2,5-3 недель 3,4 балла, и в возрасте старше 1 го месяца 4,5 баллов.

После получения первичных скрининговых результатов, во все амбулатории и поликлиники было передано извещение о выявленных больных с предполагаемым диагнозом: врожденный гипотиреоз, с информацией о необходимости назначения левотироксина не дожидаясь результатов повторного исследова-

ния. Левотироксин назначался из расчета 10-15 мкг/кг, один раз в день с первым утренним кормлением. Следует отметить, что дети на прием в детскую поликлинику и на повторное обследование в скрининг центр поступили в сроки от 2 недель до 3х месяцев жизни. Причинами данного факта послужили отказ родителей от повторного обследования, не проживание по месту прописки. В связи с этим не всем детям была начата своевременная гормонотерапия.

Оценка гормонального статуса в пределах 2,5-3 недель после первичного определения ТТГ показала, что его уровень продолжал оставаться таким же высоким и составил пределы 34,0±5,4 мкМЕ/мл, 60,3±6,6 мкМЕ/мл и 118±7,9 мкМЕ/мл соответственно I, II, III группам (P >0,05, по сравнению с первичным обследованием).

При обследовании в возрастном периоде 5-6 месяцев уровень ГТГ составил у детей с I группы составил 15,6±2,3 мкМЕ/мл, что было достоверно ниже по сравнению с первичным результатом (P<0,001) и находилось в пределах нормы, у детей II группы данный показатель находился на пороговом уровне и составил 21,5±2,6 мкМЕ/мл (P<0,001 по сравнению с первичным результатом). Результаты детей III группы показали незначительное снижение уровня ТТГ не смотря на адекватную терапию (80,1±8,6 мкМЕ/мл, P<0,2 по сравнению с первичным результатом ГТГ).

В возрастном периоде 5-6 месяцев средние показатели оценки нервно-психического развития у детей с I группы составили 25,1±1,8 и лишь в 50,1% случаев имели нормальный уровень нервно-психического развития, у детей II группы показатель оценки нервно-

<Do^tor axfiorotomasi, Samarqand

психического развития составил 22,2±2,5 а у детей III

группы 19,3±1,9. У 10% детей из III группы отмечалась грубая задержка психомоторного развития, это было в тех случаях когда имело место позднее обращение больного на повторный осмотр с поздней дачей гормональной терапии, у 14% и 25% детей из II и III группы соответственно наблюдалась задержка психомоторного развития, у 25% и 50% детей II и III группы отмечалась задержка моторного развития.

Снижение функциональной активности щитовидной железы плода оказывает неблагоприятное влияние на процессы роста в пренатальном периоде, так при рождении средний рост обследованных детей составил 50,1±2,6 см, что было достоверно ниже по сравнению с ростом здоровых новорожденных (P<0.001). Отставание в росте продолжало оставаться и в течении первого полугодия жизни, так рост детей в возрасте 6 месяцев составил 62,3±2,4 см, что также было ниже по сравнению средними уровнями роста здоровых детей (P<0.001).

Таким образом, можно сделать выводы, что осложненное течение беременности являются факторами риска развития врожденного гипотиреоза у новорожденных.

Раннее применение гормональной терапии улучшает гормональный статус и способствует предотвращению тяжелых нервно-психических нарушений, и отставанию в физическом развитии.

Необходима санитарно-просветительская работа среди населения, для предотвращения случаев отказа родителей от посещения амбулаторно-поликлинической службы и получения необходимой гормонотерапии.

Литература

1. Дедов И.И., Петеркоя В. А., Безлепкина О.Б. Врожденный гипотиреоз у детей. // Методические рекомендации. Москва. - 1999. - С 23.
2. Калиненкова С.Г., Помелова В.Г. Результаты неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз в Московской области.// Проблемы эндокринологии. - 2001. - Т. 47. - №3. - С 49-52.
3. Неврологические нарушения у детей с врожденным гипотиреозом / Филимонова Н.А., Строков И.Б., Шилин Д.Е. и др. // Актуальные проблемы заболеваний щитовидной железы: Материалы II Всероссийского ти- реоидного конгресса. Москва. - 2002. - С. 270.
4. Платонов В.В. Психомоторное и интеллектуальное развитие детей с врожденным гипотиреозом. Автореферат дис... канд. мед. наук. Санкт-Петербург. 2010. С. 26.

**Хаитова Н.М.,
Авазова Т.А.,
Маджидова Г.Т.,
Сунатова Г.И.**

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ИЛ-6 И ИЛ-17 У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Самаркандский медицинский институт (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Широкое распространение метаболического синдрома в современной популяции привлекает интерес исследователей к этому симптомокомплексу [3]. Так, в последние годы в странах СНГ среди лиц старше 30 лет частота встречаемости метаболического синдрома в популяции составляет 10%-30%, причем число людей из группы риска непрерывно растет [1,2].

Согласно метаанализу, проведенному американским ученым S. Grundy, МС страдают 15-25% взрослого населения планеты [7,10]. Возраст, поведение