

В качестве контрольной группы были обследованы дети и подростки, проживающие в с.Кокпекты, по своему климато-географическому расположению относится к горно-степной зоне с умеренно выраженной зобной эндемией и отдалено от территории бывшего Семипалатинского испытательного ядерного полигона на 450 километров, где суммарно эффективная эквивалентная доза облучения составила 1,0-7,0 сЗв. Обследование детей и подростков проводили путем подворных обходов и осмотров организованных коллективов. Все осмотренные дети были коренные жители. Всего осмотрено - 1228 детей.

При ультразвуковом исследовании увеличение объема щитовидной железы выявлено в 226 случаях - 18,4%. Уровень ТТГ $1,2 \pm 0,3$ мЕд/л, показатели Т3 и св. Т4 были так же в пределах нормы.

Показатели медианы йодурии во всех районах превысили 100 мкг/л, что соответствовало хорошей йодной обеспеченности детей данных районов. Оценивая показатели с другими индикаторами оценки степени тяжести зобной эндемии, мы отметили несоответствие критериев друг другу. Выявленные расхождения свидетельствуют о том, что не только дефицит йода участвует в происхождении эндемического зоба, но и другие стрессогенные факторы.

Посредством анкетирования среди населения районов, были проанализированы стереотипы питания. Изучение особенностей питания показало, что более 60% населения регулярно употребляют в пищу йодированную соль, непостоянно употребляли 34%, не употребляли 6%, 73% детей питались исключительно местными овощами и фруктами. 27% употребляли привозные продукты. В сельской местности на уровне школ также внедрены противозобные мероприятия с использованием йодсодержащих препаратов.

Выводы:

1. Частота диффузно эутиреоидного зоба встречалась с частотой от 10,3 до 13,6%, в контрольном районе составила 18,4%, что соответствовало легкой степени зобной эндемии

2. Медиана йодурии во всех районах превысила 100 мкг/л, что свидетельствует о достаточной йодной обеспеченности детей в Семипалатинском регионе.

Литература:

1. Алиментарный путь профилактики йоддефицитных расстройств (метод, рекомендации) под ред. Шарманова Т.Ш., Алматы. 2003 г.

2. М.И. Балаболкин, // Пр. эндокринологии - 2005, - №4. - С.31-37

3. Болезни щитовидной железы / под ред Л.И Бравермана М.: Медицина 2000. -417 с

УДК 616.36-002+616.441-08

ТИРЕОИДНАЯ ДИСФУНКЦИЯ НА ФОНЕ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В И С

А. М. Хисметова

Государственный медицинский университет города Семей

Түйіндемe

Созылмалы вирусты гепатиттің В, С түрлерімен ауыратын 19 - 61 жас аралығындағы 98- науқас тексерілді. Оның ішіндегі әйел адамдар саны 41-41,8%, ал ер адамдар саны 57-58,2%. Тексеру мәліметтері бойынша антиденелердің тиреоидты пероксидазаға немесе тироглобулинге және интерферон ионына жоғары деңгейі байқалды. Бұл терапия қалқанша безіндегі аутоиммунды үрдістің дамуына қауіп факторы болып табылады.

Summary

98 patients with chronic virus hepatitis B and C at the age from 19 to 61 years, from them women of 41-41,8 %, men – 57-58,2 % are surveyed. According to research high level of antibodies to тиреоидной пероксидазе or to тироглобулину by the end интерферонотерапии is a risk factor for development аутоиммунного thyroid gland process.

Вследствие широкого распространения хронических вирусных гепатитов проблема противовирусной терапии выходит на одно из ведущих мест в гепатологии. Интерферонотерапия является на сегодняшний день основным средством лечения вирусных поражений печени и дает хороший эффект у 30-50% больных. По данным литературы после проведения интерферонотерапии у некоторых больных с хроническими вирусными гепатитами развивается дисфункция щитовидной железы, протекающая по типу аутоиммунного тиреоидита.

Целью исследования явилось изучение тиреоидного статуса у больных вирусным гепатитом, получавших интерферонотерапию

Методы исследования. Нами было обследовано 98 больных с хроническими вирусными гепатитами В, С, в возрасте от 19 до 61 года, из них женщин -41-41,8%, мужчин - 57-58,2%. Давность заболевания вирусным гепатитом В, С составляла от 1 года до 5 лет.

До назначения интерферонотерапии больным с хроническими вирусными гепатитами проводилось:

- сбор анамнеза уточнение наследственности (наличие патологии щитовидной железы или других эндокринных заболеваний у ближайших родственников);
- пальпаторное исследование щитовидной железы;
- ультразвуковое исследование щитовидной железы проводилось на аппарате «Алока-500» (Япония) с использованием линейного датчика с частотой 7 МГц;
- определение тиреотропного гормона, свободного тироксина, трийодтиронина, антител к тиреоидной пероксидазе или тироглобулину;
- прогнозирование нарушения функции щитовидной железы в процессе интерферонотерапии.

Всем пациентам проводили противовирусную терапию а-интерфероном в дозе 3 млн. ЕД в/м в сутки 3 раза в неделю в течение года. Исследование общего и биохимического анализа крови: качественное или количественное определение РНК HCV методом ПЦР про-

водили до лечения, через 1 и каждые 3 месяца. Оценку эффективности противовирусной терапии проводили, прежде всего, с учетом вирусного ответа.

При наличии ультразвуковых изменений структуры щитовидной железы, нарушении функционального состояния была проведена коррекция нарушений. Интерферонотерапию у таких пациентов проводили после достижения эутиреоза и исследования функции щитовидной железы каждые 3 месяца.

Результаты исследования обрабатывали по общепринятым алгоритмам с использованием групповых показателей критерия Стьюдента.

Полученные результаты. У больных, с хроническими вирусными гепатитами - аутоиммунный тиреоидит встречался у 62,1%, из них у 12,3 - легкий хаситоксикоз, скрытый гипотиреоз - 21,4%, эутиреоидное состояние у 27,5%. При нарушении функции щитовидной железы лечение интерфероном проводили после достижения концентрации тиреотропного гормона в пределах 0,3-4 мкМЕ/л путем соответствующей заместительной терапии (L-тироксин в дозе 25-75 мкг/сут при гипотиреозе). При тиреотоксикозе назначалась тиреостатическая терапия мерказолилом в дозе 20-60 мг/сут. В случае прогрессирования заболевания щитовидной железы лечение интерфероном прекращалось. После окончания курса интерферонотерапии вновь определяли тиреоидный статус (тиреотропный гормон, свободный тироксин, антитела к тиреоидной пероксидазе или тиреоглобулину, свободные Т3 и Т4, ультразвуковое исследование щитовидной железы).

Нами были выявлены побочные эффекты ИФН: усиление аутоиммунных реакций, нарушение функции щитовидной железы - в 2,5%-случаев развился тиреотоксикоз и гипотиреоз в 10% случаях.

Причина этих нарушений заключается в индукции аутоиммунной реакции с образованием антитиреоидных антител и антител к рецептору ТТГ. Факторами риска развития нарушения функции щитовидной железы при лечении α-интерфероном, по нашим данным, является принадлежность к мужскому полу, наличие злокачественных заболеваний, использования больших доз препарата в течение длительного времени, наличие антител к тиреоидной пероксидазе до начала лечения.

Выводы. Высокий уровень антител к тиреоидной пероксидазе или тиреоглобулину к концу интерферонотерапии является фактором риска для развития аутоиммунного процесса щитовидной железы, больным с хроническими вирусными гепатитами перед началом интерферонотерапии рекомендуется проводить исследование функции щитовидной железы включая определение антитиреоидных антител с 3-6 мес интервалами.

Литература.

1. Фадеев В.В. М. Издательский дом Ви-да». 2005; 240.
2. Huy A. Tran. Tracey L. Jones, Robert G. Batey. Endoer Disord 2005; 5:8.
3. Под ред. Л.И. Бравермана М.: Медицина Болезни щитовидной железы. 2000; 417.
4. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. Питер. 2006.
5. Старкова Н.Т. Руководство по клинической эндокринологии. Питер, 2002
6. Галян Е. В., Кравец Е. Б., Латыпова В. П., Дамдиндорж Д. Сибирский медицинский университет // Бюллетень Сибирской медицины: научно-практический журнал. 2009; том 8, N2:96-10

УДК 616.24 - 002.5 - 053.2

ПРИЧИНЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Г. М. Бельдеубаева

Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей

Тұжырым

Балалар мен жасөспірімдердің туберкулезге шалдығуына әсер ететін себептер

60 бала мен жасөспірімдерінің ауру тарихына талдау жасалған, олардың 25-і бала, ал 35-сі жасөспірім. Осы аурулардың көпшілігі (66,6%) қыздар болды. Өкпенің инфильтративті туберкулезі 58,3%-ды құрады. Аурулардың 8,3%-нан өкпесінде тесік бар екені анықталды, ал 10%-ның қақырықпен ТМБ-н шығаратыны анықталды. Жанұясының адам басына шаққандағы айлық табыстары 1000-ға теңдері 33,3%-ды құрады. Осы аурулардың 13-нен, яғни 21,8%-нан туберкулез олар өздері дәрігерге келгенде анықталған.

Summary

The Reasons promoting disease by tuberculosis children and teenager

The analyzed histories disease 60 sick tuberculosis's children and teenagers, children of them 25 foreheads, teenagers – 35 foreheads. Amongst sick dominate (66,6%) of the person feminine flap. Amongst clinical forms infiltrative tuberculosis has formed 58,3%. Beside 8,3% sick in light is revealed cavities of the disintegration and beside these sick in phlegm are 10% found MBT. From 13 sick beside 21,8% foreheads disease is revealed by their come to the doctor by themselves.

Прогноз, высказанный экспертами ВОЗ в 1960 г. и неоднократно повторяющийся в последние годы о возможности искоренения туберкулеза в ближайшем будущем, не оправдался. Период длительного снижения и стабилизации показателя заболеваемости туберкулезом в последнее десятилетие сменился повсеместным увеличением заболеваемости. В Семипалатинском регионе эпидемиологическая ситуация по туберкулезу крайне напряженная. По данным официальной статисти-

ческой отчетности этот показатель по Семипалатинскому региону в 2010 г. среди всего населения достиг 120,4 на 100000 (в 1995 г. – 62,6) и находится на уровне 1970г. Смертность населения Семипалатинского региона от туберкулеза за 2010 г. составил 19,8 на 100000 населения. Все это, несомненно: способствует высокому уровню инфицирования туберкулезом детского населения и увеличению числа заболевших детей (1-4).