

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

7,2% (1743) в 2010 году. БОП чаще встречались у женщин (58,7%). Отмечено снижение заболеваемости органов пищеварения по районам на 3,2%. Среди всех БОП чаще встречались больные с хроническим гастритом и дуоденитом (24,3%) в 2009 году и 22,1% в 2010 году. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в 2009 году зарегистрирована у 264 больных, в 2010 году у 244, чаще встречалась у мужчин (65,2 и 59,6%). Число больных с ЯБ уменьшилось в 2010 году на 7,6%.

По данным ССНМП г. Павлодара отмечен рост в 2010 г., по сравнению с 2009г., количества вызовов к больным с такими осложнениями язвенной болезни, как желудочно-кишечное кровотечение на 21,5%, перфоративная язва на 47,6%.

Выводы. В структуре заболеваемости среди населения Иртышского и Щербактинского районов отмечено снижение заболеваемости органов пищеварения на 3,2%. Несмотря на увеличение числа осложнений ЯБ желудка и/или 12-перстной кишки по данным ССНМП г. Павлодара, среди сельских жителей 2-х районов отмечалось уменьшение количества больных с данной патологией на 7,6%.

Учитывая приведенные данные результатов анализа, необходимо улучшить диагностику и выявляемость больных с БОП,

особенно с ЯБ среди сельских жителей, обеспечить контроль над течением ЯБ и её осложнениями.

Литература:

1. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Справочное руководство по гастроэнтерологии. 2-е изд. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003.- С.4, 278-286.

2. Жангабылов А.К. Helicobacter pylori инфекция – современные представления, эволюция подходов к антихеликобактерной терапии: Пособие для практических врачей/ Алматы, 2011, - 24с.

3. Кешев С. Наглядная гастроэнтерология: Учебное пособие/ Пер. с англ. С.В. Демичева; Под ред В.Т.Ивашкина. - М.; ГЭОТАР – Медицина, 2008, - 136 с.

4. Лазебник Л.Б. Биологическая терапия болезней органов пищеварения // Терапевтический архив 2011; №2: 5-8.

5. Моисеенко С.В., Костенко М.Б. Опыт лечения больных с кислотозависимыми заболеваниями в Омской области. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии - 2006.- Т16, №1. С.87.

6. Саблин О.А., Гриневич В.Б., Успенский Ю.П.и др. Функциональная диагностика в гастроэнтерологии (учебное пособие). СПб, РВМА, 2001, 33с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Бендер Н.Р., Исабекова А.К., Назарова М.Б., Кудайбергенова., Рыжая А.В.

ПФ ГМУ г. Семей, Учреждение АП 162/4, ВА Щербактинского и Иртышского районов

В последние годы отмечается неуклонный рост тиреопатий, суммарная частота которых даже вне зон эндемии достигает 20% заболеваемости. В эндемичных по зобу регионах, где проживает около трети населения Земли, эта цифра превышает 50% (4). Одной из основных причин широкой распространенности патологии щитовидной железы (ЩЖ) во всём мире считается дефицит йода (ДИ). Йод поступает в виде

неорганического йода с пищей и водой, а также он может поступать с лекарственными препаратами или контрастными веществами. Неорганический йод всасывается в кишечнике и поступает во внеклеточную жидкость в пул неорганического йода, постоянное количество которого поддерживается в пределах 100 – 150 мкг (3). Из него йод поступает в ЩЖ, где используется для синтеза гормонов. Самый большой пул органического йода содержится в

*Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»*

ЩЖ и составляет 6000 – 8000 мкг йода, в циркулирующей крови содержится 500 - 600 мкг органического йода. Около 60% йода выводится через почки, 10-15% с калом. При постоянном обмене йода между неорганическим йодом, ЩЖ, йодом, высвобождающимся при метаболизме гормонов, сохраняется равновесие между количеством поступившего йода и равным ему выведением из организма (3). Суточная потребность в йоде (ВОЗ, 2001): у детей дошкольного возраста (от 0 до 59 месяцев) - 90 мкг/сут; школьного возраста (от 6 до 12 лет) - 120 мкг/сут; у взрослых (старше 12 лет) - 50 мкг/сут. Суточная потребность в йоде у беременных и в период грудного вскармливания - 200 мкг/сут.

Метаболизм йода в ЩЖ охватывает 4 процесса: поглощение йода, синтез гормонов ЩЖ (T_4 , T_3 и rT_3), тиреоглобулина, новообразование фолликулярных клеток. T_3 и T_4 оказывают влияние на повышенный метаболизм углеводов, белков и жиров, повышенное потребление кислорода, на кальциевый обмен, рост и развитие, теплопродукцию, на головной мозг, на созревание костей и зубов.

При недостаточном поступлении йода (меньше 50 мкг/сут) в ЩЖ уменьшается выработка гормонов. Это ведет к развитию эндемического зоба и, в конечном итоге, к гипотиреозу. Термином «эндемический зоб» (ЭЗ) обозначается видимое и/или пальпируемое диффузное увеличение щитовидной железы без нарушения ее функции. Основной причиной ЭЗ является недостаточное содержание йода в окружающей среде и сниженное его потребление населением с продуктами питания.

В зависимости от распространенности ЭЗ, различают спорадический и эндемический зоб. Зоб считается эндемическим, если в обследуемом регионе частота встречаемости зоба у детей младшего и среднего школьного возраста составляет более 5%.

По литературным данным для 2,0 млрд жителей Земли существует повышенный риск недостаточного потребления йода. В соответствии с критериями ВОЗ, ЮНИСЕФ, ICCIDD район может считаться свободным от ДЙ, если распространенность зоба не превышает 5% среди населения.

В Казахстане общая площадь дефицита

йода составляет 1 580 000 кв. км, что превышает половину территории, очаги эндемического зоба зарегистрированы в 16 областях (М.Е. Зельцер). Зоб имеют не менее 20% населения (как минимум каждый пятый).

На ранних стадиях развития йоддефицитных заболеваний (ЙДЗ) происходит компенсаторная гипертрофия тиреоцитов, увеличение ЩЖ. Механизмы адаптации к недостаточному поступлению йода следующие (2): увеличение поглощения йода ЩЖ, преимущественный синтез трийодтиронина (T_3), уменьшение секреции йода почками, снижение содержания йода в коллоиде.

По данным ВОЗ (Хетцель, 1999) в районах с тяжелой йодной недостаточностью: у 1-10% - населения встречается кретинизм; у 5-30% - неврологические нарушения и умственная отсталость; у 30-70% - снижение умственных способностей.

Наиболее социально значимыми проявлениями ЙДЗ являются: снижение физической работоспособности, интеллектуального потенциала населения, нарушение репродуктивной функции женщин, развитие сердечно-сосудистых заболеваний, атеросклероза, ожирения и др. Развитие гипотиреоза у плода и в раннем детском возрасте приводит к нарушению умственного развития вплоть до кретинизма. Не вызывает сомнений, что последствия йоддефицита наносят ущерб не только здоровью, но и экономике. Именно поэтому вопрос борьбы с йоддефицитом должен рассматриваться как задача государственной важности (1).

Цель. Оценить распространенность и тяжесть ЙДЗ, эндемического зоба у жителей Павлодарской области за период 2008-2010 годов.

Материалы и методы. Проанализирована сравнительная динамика ЙДЗ за последние три года по данным эндокринологической службы Павлодарской области.

Результаты. Количество больных с патологией ЩЖ в 2008 году зарегистрировано - 11788, в 2009 году - 12585, в 2010 году - 16552. Общее число больных выросло в 2010 году по сравнению с 2008 годом на 40,4%. Среди всех больных с патологией ЩЖ сельские жители составили 26,3% в 2008 году, 24,5% в 2009 году, 18,7% в 2010 году, т.е. количество их уменьшилось на 7,6%. Общее

число лиц с эндемическим зобом увеличилось на 39,6%, с 7029 человек в 2008 году до 9815 в 2010 году за счет городских жителей, а среди сельских жителей отмечено снижение на 9,6%. Чаще зоб выявлялся у молодых лиц, особенно среди женщин детородного возраста. В структуре заболеваемости ЩЖ эндемический зоб составил около 60%. Отмечено в 2010 году увеличение числа больных с гипотиреозом на 20,5%, особенно среди сельских жителей (на 62%).

Выводы. Несмотря на то, что Павлодарская область относится к зонам умеренного ДЙ, отмечено увеличение числа больных с патологией щитовидной железы в 2010 году на 40,4%, а среди сельских жителей снижение на 7,6%. Количество больных с эндемическим зобом увеличилось за последние 3 года на 39,6% и составило 60% в структуре всех заболеваний ЩЖ.

Среди сельских жителей за последние три года число лиц с эндемическим зобом снизилось на 9,6%, число больных с гипотиреозом увеличилось на 62%.

Всё это говорит о необходимости проведения массовой и индивидуальной профилактики йоддефицитных заболеваний в Павлодарской области, особенно среди сельских жителей.

Литература:

1. Базарбекова Р.Б., Зельцер М.Е., Кидирмаганбетова и др. О состоянии йодного дефицита в Республике Казахстан // Медицина 2003; №1: С. 88 – 90.

2. Балоболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: Руководство. - М.: ООО «Меди-цинское информационное агентство», 2008.- 752с.

3. Благодосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Бабенко А.Ю. Эндокринология: Учебник для медицинских вузов – ООО: «Издательство «СпецЛит», 2004. – 398 с.

4. Громак Л.А. Йоддефицитные заболевания щитовидной железы // Лечащий Врач 2007; №2: С.15.

СЛУЧАЙ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЙ ТРУДНОСТЬ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

Битигова Г.К.

Павлодарский областной кожно-венерологический диспансер, г. Павлодар

Ключевые слова: язвенно-некротическое поражение кожи, клинические особенности, гистологическая верификация диагноза, неэффективность лечения.

Язвенно-некротические поражения кожи представляют сложность в постановке диагноза и требуют гистологической верификации. Дифференциальный диагноз проводится между туберкулезом кожи, лимфомами, ангиитами, ретикулогистиоцитозом.

Под нашим наблюдением с января 2006 года находится больной С. 1987 года рождения, который обратился с жалобами на изъязвления кожи лица, верхних конечностей, туловища, мошонки.

Из анамнеза: родился в Монголии, считает

себя больным с детства, в возрасте 3 лет впервые появились высыпания на слизистой конъюнктивы и ротовой полости, затем высыпания стали распространяться на другие участки кожи лица и верхних конечностей. В 1993 году после обследования врачами в Монголии был выставлен диагноз: Лимфома кожи. Проведено лечение: химиотерапия, антибиотики, общеукрепляющая терапия, эффекта от проводимого лечения не наблюдалось.

В 2004 году переехал в Казахстан на постоянное место жительства. При обращении в областной кожно-венерологический диспансер города Павлодара был обследован на сифилис, туберкулез кожи, лепру, лейшманиоз, диагнозы не подтверждены.