

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ С УМЕНЬШЕННЫМ ОБЪЕМОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сорокопыт З. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Введение. В наши дни произошли существенные изменения в характере течения многих заболеваний детского возраста. Появились новые проблемы – «омоложение» и сочетанный характер поражения, – что, в совокупности с функциональной незрелостью детского организма создает предпосылки для полиморфности клинической картины и быстрой декомпенсации заболеваний. Нормальная продукция тиреоидных гормонов исключительно важна для полноценного интеллектуального и физического развития, полового созревания, а также для обеспечения адекватного протекания всех видов обмена веществ [1, 3]. Иными словами, от того, насколько активно функционирует тиреоидная система, зависит уровень общего здоровья ребенка. С другой стороны, при различных неспецифических заболеваниях наблюдаются изменения тиреоидных показателей, формируется характерный синдром, напоминающий «стрессорный». Хронический характер многих заболеваний, несомненно, отражается на адаптационных возможностях ребенка, что создает условия для рецидивно-прогредиентного течения и возникновения осложнений [3]. Данные литературы свидетельствуют, что у пациентов с уменьшенным объемом щитовидной железы (ЩЖ) удельное кровоснабжение органа является наибольшим. Интенсификация кровотока приводит к активации тиреоцитов, повышенной резорбции коллоида, усилению накопления йода ЩЖ, что создаёт риск аутоиммунной и другой тиреоидной патологии [1].

Целью исследования – изучение некоторых показателей здоровья у детей с уменьшенными размерами щитовидной железы.

Объект и методы исследования. Работа проводилась на базе УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», в ходе которой проведен анализ 357 карт стационарных пациентов. Критерием включения в исследование было ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы. Всем детям также

проведено клиническое обследование (сбор жалоб и анамнеза, объективный осмотр, оценка физического развития по центильным таблицам, общий анализы крови, определение исходного вегетативного тонуса с помощью таблиц А.М. Вейна в модификации для детей М.Б. Кубергера и Н.А. Белоконь).

Результаты и их обсуждение. У 236 (66%) из обследованных пациентов ЩЖ была нормальных размеров (0), у 45 (12%) – увеличенных (+I) и у 78 (22%) из них констатировано уменьшение (-I) объема щитовидной железы (ОЩЖ). Среди детей с уменьшенным объемом щитовидной железы было 45 (56%) девочек и 33 (44%) мальчиков. Пациентов из городской местности было достоверно больше – 62 (79%), чем из сельской – 16 (21%), $p < 0,05$. Заболевания, по поводу которых госпитализированы дети, представлены хронической гастродуоденальной патологией – 36 (46%), сахарным диабетом – 15 (19%), аллергическими заболеваниями (бронхиальная астма, атопический дерматит) – 17 (22%), другой патологией – 10 (13%). Из сопутствующих заболеваний наиболее часто диагностированы синдром вегетативной дисфункции (СВД) – у 19 (24%), хронический тонзиллит – у 27 (35%), пищевая аллергия – у 18 (22%) пациентов. Анализ вскармливания на первом году жизни показал, что достоверно большее количество детей с маленькой ЩЖ – 54 (69%) находились на раннем искусственном вскармливании, чем на естественном – 24 (31%), $p < 0,01$.

В настоящее время имеются убедительные свидетельства применения ряда антропометрических показателей как маркерных признаков предрасположенности к ряду мультифакториальных заболеваний [2]. Нами проанализированы показатели массы и длины тела обследованных детей при рождении. Средняя величина массы ($3472,67 \pm 83,52$ г) и длины ($52,52 \pm 0,61$ см) тела у детей с уменьшенной ЩЖ практически не отличалась от их сверстников с нормальными ($3350,93 \pm 90,15$ г и $51,96 \pm 0,36$ см) и увеличенными ($3404,23 \pm 84,00$ г и $52,83 \pm 0,46$ см), размерами органа, $p > 0,05$.

Проведен также анализ массо-ростовых показателей и гармоничности развития пациентов с уменьшенной величиной ЩЖ на момент исследования. Большинство из них – 44 (56%) – имели средневозрастные показатели массы тела, незначительное число – 8 (10%) – низкую массу. Больше число низкорослых также было

среди детей с уменьшенной ЩЖ – 17 (22%). Длину тела выше среднего и высокую имели чаще пациенты с нормальными 85 (36%) и увеличенными 8 (17%) тиреоидными размерами.

Гармоничное физическое развитие детей чаще имело место при уменьшенных – 31 (40%), чем при увеличенных – 8 (18%) и нормальных – 54 (23%) размерах щитовидной железы. Резко дисгармоничное соотношение массо-ростовых показателей встречалось почти с одинаковой частотой у пациентов с увеличенной – 9 (21%), нормальной – 57 (24%) и уменьшенной – 18 (23%) щитовидной железой, соответственно.

Определенный интерес представляют данные о состоянии гемопоэза у детей с разными объемами щитовидной железы. Анализируя результаты гемограмм у таких пациентов, мы выявили достоверное различие между группами лишь по количеству эозинофилов. Остальные показатели находились в пределах возрастной нормы и достоверно не отличались у детей сравниваемых групп. Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1. – Показатели гемограммы у детей с разными размерами ЩЖ

Показатели гемограммы	Объем ЩЖ (-I) n =78	Объем ЩЖ (0) n=236	Объем ЩЖ (+I) n=45	P
	M±m	M±m	M±m	
Эритроциты $\times 10^{12}/л$	4,54±0,07	4,57±0,08	4,610±0,11	>0,05
Гемоглобин г/л	134,14±2,33	129,452±3,03	132,04±4,65	>0,05
Лейкоциты	6,77±0,35	6,733±0,29	6,88±0,38	>0,05
Тромбоциты $\times 10^9/л$	258,17±16,66	268,59±13,4	245,16±11,31	>0,05
Эозинофилы %	3,82±0,73	3,81±0,57	2,28±0,33	<0,05
Нейтрофилы %	46,14±2,58	47,83±2,01	49,24±2,69	>0,05
Лимфоциты %	44,29±2,62	44,167±1,941	43,00±2,66	>0,05
Моноциты %	5,75±0,49	6,476±0,53	5,92±0,47	>0,05
СОЭ мм/час	9,61±1,52	7,26±1,03	10,36±1,83	>0,05

Нарушение вегетативного гомеостаза, ведущее к дисрегуляции функций органов и систем, является одной из возможных причин рецидивирования различной хронической патологии. ВНС обеспечивает процессы адаптации человека к различным неблагоприятным факторам. Дисбаланс между

симпатической и парасимпатической системами приводит к соматическим расстройствам. Вегетативные нарушения являются одним из патогенетических механизмов в развитии многих заболеваний, и характер их может оказывать влияние на клиническую картину заболевания. Некоторыми авторами отмечена более частая встречаемость синдрома вегетативной дисфункции у детей школьного возраста с зобом, чем при нормальных размерах щитовидной железы [3].

Анализ исходного вегетативного тонуса у детей с разной величиной щитовидной железы выявил достоверное преобладание активности парасимпатического отдела ВНС у детей с уменьшенным по сравнению со сверстниками с увеличенным и нормальным объемом ЩЖ. У всех обследованных детей преобладала исходная ваготония. Признаки симпатотонии встречались достоверно чаще у детей с увеличенной щитовидной железой. В группе с нормальными тиреоидными размерами достоверной разницы между ИВТ не выявлено (табл. 2).

Таблица 2. – Результаты оценки исходного вегетативного тонуса у детей с разными объёмами щитовидной железы

ОЩЖ	n	Ваготония	Нормотония	Симпатотония	P
		1	2	3	
-I	78	49 (63%)	15 (20%)	14 (17%)	$p_{1,2} < 0,01$ $p_{1,3} < 0,01$
0	236	90 (38%)	97 (41%)	49 (21%)	$p_{1,2} > 0,05$ $p_{1,3} > 0,05$
+I	45	11 (25%)	8 (18%)	26 (57%)	$p_{1,2} > 0,05$ $p_{1,3} < 0,05$

Анализируя результаты опросников А.М. Вейна для оценки исходного вегетативного тонуса, мы отметили достоверное преобладание ваготонических ($7,64 \pm 0,27$) показателей над симпатотоническими ($4,02 \pm 0,32$), $p < 0,05$ во всех анализируемых группах.

По результатам проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Более чем у 20% обследованных детей имело место уменьшение объема щитовидной железы.

2. Большинство (69%) пациентов с уменьшенной ЩЖ находились на раннем искусственном вскармливании.

3. Щитовидная железа маленьких размеров не оказывает значительного влияния на показатели физического развития детей.

4. Пациенты с уменьшенным ОЩЖ должны быть отнесены к группе риска по развитию гастродуоденальной и сердечно-сосудистой патологии.

Литература:

1. Данилова, Л. И. Болезни щитовидной железы и ассоциированные с ними заболевания / Л. И. Данилова. – Минск-Нагасаки, 2005. – 470 с.

2. Кравец, Е. Б. Состояние здоровья детей и подростков с патологией щитовидной железы / Е. Б. Кравец // Рос. Педиатр. Журн. – 2000. – №1. – С. 14-16

3. Функциональное состояние щитовидной железы и психологические особенности детей и подростков, страдающих атопическим дерматитом / Р. Н. Манкевич [и др.] // Здоровоохранение. – 2004. – №6. – С. 13-16.

СТРУКТУРА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Сорокопыт З. В., Байчук М. А., Куранов Н. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Введение. Внебольничная пневмония (домашняя, амбулаторная) – острое инфекционное заболевание легких различной, преимущественно бактериальной, этиологии, развившееся вне стационара или в первые 48-72 часа госпитализации, сопровождаемое лихорадкой и симптомами поражения нижних дыхательных путей при наличии инфильтративных изменений на рентгенограмме. В экономически благополучных странах распространенность внебольничной пневмонии в педиатрической популяции в среднем составляет от 5 до 10 случаев на 1000 детей. В Республике Беларусь заболеваемость пневмонией у детей сопоставима с уровнем анализируемых показателей ведущих мировых держав [1, 2]. Летальность при острых пневмониях, снизившаяся приблизительно в 100 раз после применения патогенетического, а затем и антибактериального лечения, остается высокой (0,1-0,4%) и, наряду