

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ НА ГИПОТИРЕОЗ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

В.И. Акиншин, Т.А. Романова, П.А. Карпов

Кафедра акушерства, гинекологии и педиатрии медицинского факультета
Областная детская больница, г. Белгород

Всемирная ассамблея здравоохранения в 1990 г. приняла резолюцию о ликвидации к 2000 г. нарушений, связанных с недостаточностью йода, как основной проблемы общественного здравоохранения во всех странах. В тоже время на территории Белгородской области существенно обострилась проблема йоддефицитных состояний, в первую очередь эндемического зоба, что связано как с прекращением массовых профилактических мероприятий, так и с ухудшением экологической обстановки после аварии на ЧАЭС в 1996 г. (4, 1).

ВОЗ разработала систему клинико-лабораторных показателей, отражающих выраженность эндемии среди населения, в том числе и по частоте гипертиреотропинемии (уровень ТТГ в цельной крови у новорожденных более 5 МЕ/л). При уровне данного показателя 3-19,9 % эндемия трактуется как легкая, 20-39,9% – среднетяжелая, 40% и более – тяжелая.

В 1997 г. сотрудники кафедры детской и подростковой эндокринологии Российской и Медицинской Академии МЗ РФ (доц. Шилин Д.Е.) при участии врачей областной детской больницы в рамках Международного Европейского проекта по йодной недостаточности у человека «Тиромобиль-97» и с одобрения ВОЗ, МЗ РФ было проведено массовое обследование щитовидной железы (УЗИ и оценка йода в моче) у детей Белгородской области (2). Результаты исследования указывали на интенсивную напряженность эндемического процесса. Зобная эндемия определялась как тяжелой степени – 37% (щитовидная железа > 0 степени). Кроме того, на тяжелый характер эндемии указывала и чрезвычайно высокая распространенность в эти годы неонатальной гипертиреотропинемии (НГТ) – 47% по данным массового скрининга новорожденных. Приведенные данные подтверждают наличие зобной эндемии в Белгородской области, обусловленной в том числе и недостаточностью природного йода в биосфере.

С 1997 г., в соответствии с Постановлением областной администрации, начато массовая йодная профилактика среди населения «слепым» способом путем насыщения потребительского рынка йодированной поваренной солью. Уже через год после внедрения профилактических мероприятий частота НГТ в целом по области достоверно снизилась на 11% (с $51,1 \pm 0,6\%$ в 1996 г. до $40,2 \pm 0,5\%$ 1998 г.; $p < 0,001$).

Таким образом, полученные результаты подтвердили данные о положительном влиянии массовой йодной профилактики на частоту НГТ уже через непродолжительное время и продиктовали необходимость дальнейшего проведения йодпрофилактики, особенно у крайне чувствительной части популяции – беременных женщин и детей, начиная с фетальной жизни и периода новорожденности. Сведения о роли полноценного обеспечения йодом в процессах созревания головного мозга на пренатальном и раннем постнатальном этапах развития ребенка являются убедительным обоснованием необходимости применения во время гестаций более физиологического подхода к йодпрофилактике в виде специализированной йодной дотации на групповой и индивидуальной основе (беременным с момента постановки на учет в женской консультации и до родов) (3, 5).

Целью настоящего исследования явилось изучение тяжести зобной эндемии и оценка эффективности дальнейшей йодной профилактики в Белгородской области.

Проанализировали обследование 7859 новорожденных, родившихся в 1996 г. (до начала массовой йодной профилактики путем йодирования пищевой соли), а также

12277 новорожденных, родившихся в 2001 г. (через 5 лет после начала йодирования пищевой соли). Проанализирована частота гипертиреотропинэмии в каждом городе и районе области.

В 1996 г. в целом по области частота гипертиреотропинэмии составила 51,1%, что соответствовало тяжелой эндемии. Частота гипертиреотропинэмии по районам представлена в табл. 1. В 2-х районах (9,5%) этот показатель свидетельствовал о зубной эндемии средней тяжести, в 19 (90,5%) – тяжелой степени.

Анализ результатов неонатального скрининга новорожденных в 2001 г., показал снижение частоты гипертиреотропинэмии с 51,1% до 28,8%. Причем только в 3-х районах области (в 14,2 %) сохраняется зубная эндемия тяжелой степени, в 16 районах (76,1%) – средней степени, в 2 районах (9,5%) – легкой степени. Не выявлено ни одного района с нормальными показателями тиреотропинэмии (менее 3%).

Таблица 1

Сведения о распространенности НГТ у детей Белгородской области по районам в динамике (1996 – 2001 гг.)

Наименование районов	Частота определения уровней ТТГ > 5 мЕД/л у новорожденных			
	Число случаев (числитель) к общему числу обследованных (знаменатель)		Частота %	
	1996 г.	2001 г.	1996 г.	2001 г.
Алексеевский + Красненский	152/338	258/631	44,9	40,9
Белгородский	1432/2547	630/3510	56,2	24,9
Борисовский	14/63	54/188	22,2	28,7
Валуйский	135/346	167/628	39,0	26,6
Вейделевский	86/118	23/70	72,8	32,8
Волоконовский	55/152	49/287	36,1	17,1
Грайворонский	43/104	53/209	41,3	25,3
Губкинский	525/962	326/945	54,5	34,5
Ивнянский	16/37	38/182	43,2	20,9
Корочанский	21/46	49/280	45,6	17,5
Красногвардейский	93/189	128/363	49,2	35,3
Новооскольский	62/148	—	41,8	38,0
Прохоровский	37/138	—	26,8	30,3
Ракитянский + Кр. Яружский	107/235	71/406	45,5	35,0
Ровеньский	68/178	54/236	38,2	22,9
Старооскольский	761/1480	965/2253	51,4	42,8
Чернянский	61/154	53/222	39,6	23,9
Шебекинский	233/479	340/773	48,6	43,9
Яковлевский	115/145	75/508	79,3	23,3
По области	4016/7859	3538/12277	51,1	28,8

Примечание. Районы с негативной динамикой НГТ выделены жирным шрифтом.

ВЫВОДЫ:

1. В результате массовой йодной профилактики на территории Белгородской области значительно уменьшилась тиреоидная дисфункция у новорожденных.

2. Показатели по уменьшению йодной эндемии лучше в тех районах, где процент йодированной соли, потребляемой населением, наибольший.

3. Требуется дальнейшие административные усилия по обеспечению торговой сети йодированной солью, при котором (по рекомендации ВОЗ) можно достигнуть нормального уровня тиреотропинэмии (менее 3%).

Литература

1. Касаткина Э.П. //Лечащий врач. № 10. – 2000. – С. 14 – 18
2. Касаткина Э.П., Шилин Д.Е. и др. // Пробл. эндокринологии. Т. 47, №3. - 2001 г. – С. 10-15.
3. Карпеева Е.Е., Балева Л.С.// Росс. вестник перинат. и педиатрии. Т.46. №5.- 2001- С. 51-56.
4. Кравец Е.Б., Олейник О.А. и др.// Росс. Педиатрический журнал. №3 – 1999. – С. 18-20.
5. Малиевский О.А. //Педиатрия. – 2002. - №1. – С. 45-48.

НЕГАТИВНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТЕХНИКИ НА ЗРЕНИЕ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ЭВМ И ПУТИ ЕГО СНИЖЕНИЯ

Л.М. Болдырева

Медицинский колледж БелГУ

(Директор – профессор Э.Н. Клепиков), г. Белгород

В последние годы все большую тревогу у медицинских работников вызывает неуклонная тенденция к ухудшению здоровья учащейся молодежи. Свою лепту в этот негативный процесс внесла и компьютеризация учебного процесса. Специалисты говорят о сформировавшемся "синдроме компьютерных состояний". Это результат комплекса вредных факторов действующих на пользователей ЭВМ (рис. 1).

Многочисленные исследования влияния компьютера на здоровье человека позволяют утверждать, что больше всего при длительной работе за дисплеем страдает орган зрения. Анкетирование студентов медицинского колледжа Белгородского государственного университета дали следующие результаты: 3% респондентов жаловались на необоснованную усталость, 21% – на боль в спине, 30% – на головную боль и 46% высказывали жалобы связанные с жалобами на зрение. По официальной статистике медиков от 40 до 70% выпускников наших учебных заведений имеют те или иные нарушения в работе зрительных органов. Введение в 1996 г. новых СанПиН [3] позволило привлечь внимание общественности и администрации учебных заведений к этой проблеме. В ООН разработана специальная программа, согласно которой в рамках проходившего в Москве 1-4 июня 1998 г. Международного Конгресса по проблемам окружающей среды состоялся семинар «Компьютер, зрение и здоровье в мегалополисе XXI века».

С недавних пор в литературе по офтальмологии и оптометрии утвердился термин – «компьютерный зрительный синдром» (КЗС) [2]. Жалобы людей, проводящих много времени за экраном монитора, можно разделить на две группы:

- «зрительные»;
- «глазные»;

К жалобам первой группы относятся затуманивание зрения, замедленная перефокусировка с ближних объектов на дальние и обратно, двоение предметов, быстрое утомление при чтении. Ко второй – жжение в глазах, чувство песка под веками, боли в области глазницы и лба, боли при движении глаз, покраснение глазных яблок. Эти яв-