

УДК 616.441-008.63-08-053.2-053.5

С.И. Турчина

Комплексный подход к коррекции нарушений соматополового развития детей и подростков с диффузным нетоксическим зобом

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», г. Харьков

Цель: обосновать комплексный подход к терапии детей и подростков с диффузным нетоксическим зобом.

Пациенты и методы. Обследованы 163 девочки и 192 мальчика 8–17 лет с диффузным нетоксическим зобом (ДНЗ) I–III степени. Оценивали физическое и половое развитие. Выполняли УЗИ щитовидной железы. В сыворотке крови определяли концентрацию тиреотропина, свободных фракций тиреоидных гормонов (fT_4 и fT_3) радиоиммунным методом. Рассчитывали величину соотношения $ТТГ/fT_4$. Значения $ТТГ/fT_4$ более 0,29 у.е. расценивали как значимый признак субклинического гипотиреоза. Все пациенты осмотрены педиатром, психоневрологом, психологом, отоларингологом, окулистом. При необходимости проводили расширенный комплекс обследования для верификации сопутствующей патологии. Выполнено клиничко-генеалогическое исследование.

Результаты. У 59,4% пациентов выявили дисгармоничное физическое развитие. Наиболее часто определяли дефицит массы тела (37,5%) и/или низкий рост (28,0%). У 32,8% мальчиков-подростков и 8,3% девушек диагностирована задержка полового развития, которая у большинства подростков (83,8%) сопровождалась дефицитом массы тела и низким ростом.

Выводы. Обоснована необходимость комплексного подхода к терапии детей и подростков с ДНЗ и целесообразность применения препарата Триметабол у пациентов с дефицитом массы тела и задержкой роста, как при физиологическом, так и патологическом течении пубертата.

Ключевые слова: дети и подростки, диффузный нетоксический зоб, лечение.

Введение

Обсуждая вопросы профилактики и лечения диффузного нетоксического зоба (ДНЗ) у детей и подростков, в подавляющем большинстве случаев указывают на необходимость проведения массовой, групповой и индивидуальной йодопрофилактики, а также использование препаратов йода при лечении в виде монотерапии или в комбинации с левотироксином [3,11]. Именно такой подход нашел свое отражение в Протоколах оказания медицинской помощи детям и подросткам с эндокринной патологией [17]. В то же время в последние годы все чаще появляются работы, в которых представлены данные, свидетельствующие о мультифакториальной природе ДНЗ. Среди факторов, способных привести к манифестации заболевания, а также неблагоприятному его течению, называют дисбаланс витаминов и микроэлементов, отягощенный перинатальный анамнез, сопутствующую соматическую патологию, состояние хронического стресса, пубертатную гормональную перестройку, особенно при условии наследственной отягощенности по тиреопатиям [3,13,18,19,23]. Сочетанное воздействие указанных факторов не только приводит к формированию ДНЗ, но и негативно сказывается на процессах роста и полового развития [12,23].

В этой ситуации терапия, направленная исключительно на ликвидацию дефицита йода, к сожалению, малоэффективна. Динамическое наблюдение за детьми и подростками с ДНЗ, получавшими традиционную терапию, позволило диагностировать нормализацию размеров щитовидной железы через три-четыре года с момента манифестации заболевания лишь у трети обследованных [16,23]. Более того, в группе пациентов, у которых зоб был впервые выявлен в пре- и раннем пубертате, в отдаленном анамнезе установлено увеличение числа подростков с дисгармоничным физическим развитием [24], у четверти мальчиков-подростков (26,3%) и 12,5% девушек диагностировали задержку полового развития (ЗПР), у 28,0% девушек — нарушение менструальной функции.

Все вышесказанное свидетельствует о необходимости комплексного подхода к лечению детей и подростков с ДНЗ, а также индивидуализации выбора фармакологических препаратов и тактики динамического наблюдения.

Цель исследования — обосновать комплексный подход к терапии детей и подростков с диффузным нетоксическим зобом.

Материал и методы исследования

В эндокринологическом отделении ГУ «Института охраны детей и подростков НАМН Украины» (ГУ «ИОЗДП НАМН») проведено комплексное обследование 163 девочек и 192 мальчиков 8–17 лет с ДНЗ I–III ст. Оценивали физическое и половое развитие [14,17]. Выполняли УЗИ щитовидной железы. В сыворотке крови определяли концентрацию тиреотропина (ТТГ), свободных фракций тиреоидных гормонов (fT_4 и fT_3) радиоиммунным методом с использованием наборов Immunotech (Чехия). Рассчитывали величину соотношения $ТТГ/fT_4$. Значения $ТТГ/fT_4$ более 0,29 у.е. расценивали как значимый признак субклинического гипотиреоза [21].

Все пациенты осмотрены педиатром, психоневрологом, психологом, отоларингологом, окулистом. При необходимости проводили расширенный комплекс обследования для верификации сопутствующей патологии. Выполнено клиничко-генеалогическое исследование.

Полученные результаты исследований статистически обработаны с использованием пакета программ Excel и SPSS Statistics 17,0.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам индивидуального анализа роста-весовых показателей гармоничное физическое развитие (ГФР) определено у 54,0% девочек и у 29,2% мальчиков с ДН. Дисгармоничное физическое развитие, обусловленное низким ростом (ЗТР) и дефицитом массы тела (ДМТ), значительно чаще диагностировали у пациентов мужского пола: у мальчиков ЗТР — 57,5% и ДМТ — 49,0%,



Рис. Алгоритм обследования и терапии детей и подростков с ДНЗ (ГФР — гармоничное физическое развитие; ЗТР — низкий рост; ДМТ — дефицит массы тела)

у девочек: ЗТР — 17,0%, ДМТ — 24,0%. Избыточную массу тела (ИЗМТ) определяли практически с одинаковой частотой у девочек и мальчиков (11,1% и 8,3% соответственно). Наиболее характерно дисгармоничное физическое развитие было для подростков с ЗТР, которую диагностировали у 32,8% мальчиков и 8,3% девушек. Среди подростков с ЗТР подавляющее число мальчиков-подростков и девушек имели ЗТР и/или ДМТ (89,1% и 78,6% соответственно).

Проведенные ранее исследования подтвердили существование четкой зависимости между характером соматополового развития и состоянием тиреоидной системы [22,24,25]. Так, анализ показателей тиреоидного статуса с учетом характера соматополового развития выявил у 23,4% подростков с дисгармоничным физическим развитием и у 20,7% с ЗТР увеличение соотношения ТТГ/ГТ4 более 0,29 у.е. У пациентов с гармоничным физическим развитием и нормальным характером полового созревания симптомы субклинического гипотиреоза определяли в два раза реже (10,9% и 10,6% соответственно). Доказано, что среди пациентов с признаками тиреоидной недостаточности в период пре- или раннего пубертата в отдаленном анамнезе значительно увеличивается частота задержки полового развития (40,0%), против 12,5% у пациентов с эутиреоидным увеличением щитовидной железы.

Следует также отметить, что в результате расширенного комплексного обследования у подавляющего большинства пациентов с дисгармоничным физическим развитием, обусловленным ЗТР и/или ДМТ, как при физиологическом, так и замедленном течении пубертата, диагностировали различную хроническую соматическую патологию. Практически все дети и подростки предъявляли жалобы на снижение аппетита, повышенную утомляемость, раздражительность, головные боли и кардиалгии. У 85,9% обследованных выявили признаки вегетативной дисфункции, у 83,2% — патологию желудочно-кишечного тракта и/или гепатобилиарной системы. У 43,7% пациентов имелись признаки недифференцированной систем-

ной дисплазии соединительной ткани, у половины (53,3%) отмечались частые простудные заболевания и хроническая ЛОР-патология, у 28,6% — аллергические состояния в анамнезе.

Учитывая тот факт, что физическое и половое развитие является интегральным показателем, отражающим состояние здоровья ребенка, указанные выше нарушения соматополового развития детей и подростков с ДНЗ можно расценивать как результат сочетанного негативного воздействия тиреоидной недостаточности и сопутствующей соматической патологии, что свидетельствует о необходимости комплексной терапии, основанной на индивидуальном подходе при выборе лечебных мероприятий.

Согласно разработанному алгоритму, характер терапии определяется не только морфофункциональным состоянием щитовидной железы, но и характером физического и полового развития, состоянием соматического и психического здоровья ребенка, индивидуальным прогнозом течения ДНЗ в пубертате (рис.).

Определяя прогноз течения зоба, обращают внимание на такие факторы, как наследственная предрасположенность к тиреопатиям, особенности перинатального анамнеза, наличие сопутствующей патологии, характер физического и уровень полового развития, морфофункциональное состояние щитовидной железы и напряженность антитиреоидного иммунитета при первичном обследовании [16].

Несмотря на то, что выбор терапии определяется, прежде всего, морфофункциональным состоянием щитовидной железы, в лечении пациентов с ДНЗ рекомендовано использовать не только препараты йода и/или левотироксина, но и витамины с микроэлементами, которые по своему действию являются «синергистами йода» и участвуют в обеспечении функциональной активности тиреоидной системы [6,26,31]. Так, доказано, что витамин А модулирует метаболизм гормонов щитовидной железы и производство тиреотропного гормона (ТТГ) гипофизом. Рибофлавинзависимый фермент йодотирозин дейодиназа (ген IYD) высвобождает йодид из моно- и дийодтиро-

зина, образующихся в процессе биосинтеза гормонов щитовидной железы. Рост и развитие щитовидной железы происходят при участии таких факторов роста, как витамин А, фолаты (В9) и В12. Установлена взаимосвязь между уровнем фолатов и продукцией ТТГ [27]. Цинк входит в состав рецептора к ТЗ. Цинксодержащий фермент супероксиддисмутаза обеспечивает антиоксидантную защиту щитовидной железы, а снижение активности этого фермента увеличивается риск ее гиперплазии [28]. Микроэлементная пара «йод и селен» имеет важнейшее значение для функционирования щитовидной железы, прежде всего для метаболизма тиреоидных гормонов [29,30]. Несомненным является и тот факт, что дефицит меди и железа негативно воздействует на гипоталамо-гипофизарно-тиреоидную ось. Обсуждается роль кальция, который является кофактором тиреопероксидазы и двойной оксидазы 2, и магния, участвующего в передаче сигнала от рецепторов тиролиберина, в метаболизме и реализации биологических эффектов йода.

Перечисленные выше микронутриенты также оказывают благоприятное воздействие на соматическое здоровье ребенка и входят в состав разработанных ранее комплексов неспецифической стимулирующей и гормоноредукционной терапии, которые являются базовыми и сочетаются с патогенетическими методами при лечении подростков с ЗПР [7,8]. К последним следует отнести применение ципрогептадина ацефиллината в терапии мальчиков-подростков с ЗПР, имеющих уровень серотонина более 0,75 мкмоль/л. Ципрогептадин не только способствует активации гипофизарно-гонадной системы, оказывая антисеротониновое действие, но и стимулирует аппетит у подростков с ЗПР и ДМТ, что благотворно влияет на эффективность лечения.

Следует отметить, что длительное время ципрогептадин использовался в виде монокомпонентного препарата «Перитол». В последние годы в педиатрической практике широко используется комплексный препарат «Триметабол», преимущество которого обусловлено тем, что, наряду с ципрогептадином ацефиллинатом (метопином), в его состав входят DL-карнитина хлорид, обладающий анаболическим действием и принимающий участие в процессах ассимиляции роста, стимулирующий митоз клеток и являющийся основой биосинтеза белков, а также комплекс витаминов группы В (В1, В6, В12), которые выполняют роль коферментов в метаболизме липидов, белков и углеводов на клеточном уровне, участвующих в процессах роста и развития щитовидной железы, биосинтезе тиреоидных гормонов [27].

Известно, что основным показателем к назначению Триметабола является снижение аппетита и отставание в прибавке массы тела. Тем не менее, есть сведения о его успешном использовании у детей с проявлениями дисплазии соединительной ткани и хронической соматической патологией, вторичной вегетативной дисфункцией, различными аллергиями, ацетонемическим синдромом и функциональной диареей [1,2,4,5,9,10,15].

Результаты постмаркетингового клинического исследования, проведенного в клинике Института педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины [1], свидетельствуют о выраженном кардио- и гепатопротекторном эффекте Триметабола у детей с хронической соматической патологией. Отмечено уменьшение проявлений астено-вегетативного синдрома вследствие нормализации обмена холина и пировиноградной кислоты в организме под влиянием лизина и витаминов группы В, входящих в состав Триметабола. У пациентов регистрировали улуч-

шение настроения, уменьшение утомляемости и нормализацию сна, обусловленные влиянием препарата на обмен биогенных аминов, и уменьшение кортико-лимбической дисфункции. У детей с врожденной недифференцированной дисплазией — повышение активности анаболических процессов и уменьшение напряженности катаболизма белковых компонентов волокнистых структур (коллагена), усиление активности антиоксидантной защиты и тканевого дыхания.

Перечисленные фармакологические эффекты Триметабола позволяют сделать вывод о целесообразности его использования у детей и подростков с ДНЗ, имеющих дисгармоничное физическое развитие, характеризующееся ДМТ и/или ЗТР, особенно при ЗПР. В результате комплексного влияния ципрогептадина и карнитина происходит не только усиление аппетита, но и активное выделение желудочного сока и секрета поджелудочной железы, что обеспечивает оптимальные условия для полноценного усвоения витаминов, микроэлементов, питательных веществ и имеет значение как для профилактики, так и лечения ДНЗ. Оказывая кардиопротекторное, нейропротекторное, антиоксидантное действие, Триметабол обеспечивает повышение адаптационных возможностей организма ребенка и позитивные изменения в соматическом здоровье, что особенно важно в период активного роста и пубертатной гормональной перестройки. Указанные эффекты Триметабола обусловлены как антисеротониновым действием ципрогептадина, так и положительным синергическим влиянием других компонентов, входящих в состав препарата, на основные метаболические процессы в организме.

Следует отметить, что позитивные изменения в соматическом здоровье позволяют улучшить прогноз течения ДНЗ, что, в свою очередь, положительно сказывается и на соматологическом развитии подростка.

Выводы

1. Учитывая мультифакториальную природу ДНЗ, а также многообразие причин, влияющих на течение заболевания, терапия зоба у детей и подростков должна подбираться индивидуально в каждом конкретном случае и носить комплексный характер.
2. Лечение препаратами йодида калия и/или левотироксином следует проводить в сочетании с комплексами витаминов и микроэлементов, являющихся синергистами йода, особенно в случае их дефицита у ребенка.
3. Диффузный нетоксический зоб у детей и подростков сопровождается формированием дисгармоничного физического развития и высоким риском задержки полового созревания, особенно у пациентов с тиреоидной недостаточностью.
4. Низкий рост и дефицит массы тела у пациентов с ДНЗ являются следствием сочетанного негативного воздействия субклинического гипотиреоза и сопутствующей соматической патологии.
5. Лечение пациентов с дисгармоничным физическим развитием, проявляющимся дефицитом массы тела, как при физиологическом, так и замедленном пубертате, предусматривает назначение комплексного препарата Триметабола.
6. Лечение ЗПР у подростков с ДНЗ, наряду с коррекцией тиреоидной дисфункции, предусматривает проведение симптоматической терапии, направленной на санацию сопутствующей соматической патологии; курсов неспецифической общестимулирующей и гормоноредукционной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипкин Ю. Г. Применение Триметабола в педиатрической практике / Ю. Г. Антипкин, Л.И. Омельченко, Л. В Квашина // *Ліки України*. — 2008. — № 1. — С. 53—56.
2. Ацетонемический синдром у детей — возможности оптимизации терапии / Корнева В. В., Козачок В. В., Курило Л. Г. [и др.] // *Суч. гастроентерол.* — 2011. — № 2. — С. 45—48.
3. Буряк В. Н. Особенности формирования, клинических проявлений и терапии диффузного нетоксического зоба у детей / В. Н. Буряк, Е. С. Мурашко // *Врачеб. дело*. — 2012. — № 3—4. — С. 31—35.
4. Використання препарату Триметабол з метою корекції метаболічних порушень у дітей з вродженою та набутою патологією сполучиною тканини / Омельченко Л. І., Ніколаєнко В. Б., Ошлянська О. А. [та ін.] // *Зб. наук. пр. співроб. НМАПО ім. П. Л. Шупика*. — К., 2008. — С. 460—465.
5. Використання препарату Триметабол у дітей з дисфункцією жовчного міхура на тлі лямбліозу / Абатуров О. Є., Герасименко О. М., Леоненко Н. Й. [та ін.] // *Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания: материалы I конгресса педиатров стран СНГ*. — 2009. — С. 22—23.
6. Громова О. А. Молекулярные синергисты йода: новые подходы к эффективной профилактике и терапии йод-дефицитных заболеваний у беременных / О. А. Громова, И. Ю. Торшин, Н. Г. Кошелева // *РМЖ*. — 2011. — Т. 19, № 1. — С. 51—59. — (Мать и дитя. Акушерство и гинекология).
7. Задержка полового развития мальчиков : монография / Плехова Е. И., Хижняк О. О., Левчук Л. П. [и др.]. — М. : Знание, 2000. — 112 с.
8. Избранные лекции по клинической андрологии / под ред. Е. В. Лучицкого и В. А. Бондаренко. — К., Х. : Изд-во ООО фирма «Нова Софт», 2010. — 144 с. : ил.
9. Крючко Т. О. До питання оптимізації лікування дітей з синдромом подразненого кишечника / Т. О. Крючко, І. М. Несіна, С. М. Зінковська // *ПАГ*. — 2009. — Т. 71, № 2. — С. 45—49.
10. Лапшин В. Ф. Клиническое исследование эффективности и безопасности препарата «Триметабол» в комплексном лечении детей с аллергическими заболеваниями / В. Ф. Лапшин, Т. Р. Умане // *Здоровье Украина*. — 2009. — № 12. — С. 23—25.
11. Маменко М. Є. Методи корекції йодного дефіциту: порівняльний аналіз ефективності / М. Є. Маменко // *Міжнар. ендокрин. журн.* — 2009. — № 1 (19). — С. 46—50.
12. Миронюк Н. І. Вплив йодного дефіциту на показники фізичного розвитку та його гармонійність у дітей шкільного віку / Н. І. Миронюк, І. Ю. Федчишин // *Ендокринолог.* — 2008. — Т. 3, № 2. — С. 191—198.
13. Особенности клинико-анамнестических данных у детей с диффузным нетоксическим зобом, проживающих в условиях слабого йододефицита / Турчина С. И., Плехова Е. И., Багацкая Н. В. [и др.] // *Перинатол. и педиатрия*. — 2012. — № 3. — С. 121—124.
14. Оцінка статевого розвитку хлопців (вікові нормативи): метод. реком. / ДУ «ІОЗДП АМНУ»; уклад. : О.І. Плехова [та ін.]. — Х., 2010. — 25 с.
15. Полковничено Л. М. Патогенетичний підхід до лікування функціональної діареї у дітей раннього віку : інформ. лист / Л. М. Полковничено. — 2011. — 4 с.
16. Прогноз перебігу дифузного нетоксичного зоба у підлітків, що мешкають в умовах легкого йододефіциту: метод. рек. / Плехова О. І., Турчина С. І., Багацька Н. В. [та ін.] // *Укр. журн. дитячої ендокринолог.* — 2013. — № 1. — С. 43—49.
17. Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія» / МОЗ України. — К., 2006. — 94 с.
18. Рустембекова С. А. Элементарный дисбаланс при патологии щитовидной железы / С. А. Рустембекова, А. С. Аметов, А. М. Тлиашинова // *РМЖ*. — 2008. — № 16. — С. 1078—1081.
19. Рустембекова С. А. Многокомпонентная система в развитии заболеваний щитовидной железы (йод и эндо-экзогенные факторы) / С. А. Рустембекова, А. М. Тлиашинова // *РМЖ*. — 2005. — Т. 54, № 28. — С. 1924—1926.
20. Савченко О. В. Содержание микроэлементов в крови городских детей с диффузным нетоксическим зобом / О. В. Савченко, П. А. Тюпелев, С. С. Гололобова // *Гигиена и санитария*. — 2010. — № 1. — С. 27—29.
21. Сорокман Т. В. Спосіб діагностики функції гіпофізарно-тиреоїдної системи у дітей // Пат. 47072А, UA, МКВ А61В10/00, G01N33/78.— № 2001075037; заяв. 17.07.01; опубл. 17.06.02, Бюл. № 6. — С. 4.
22. Турчина С. И. Влияние тиреоидной недостаточности на характер физического развития у детей и подростков с диффузным нетоксическим зобом / С. И. Турчина // *Суч. педіатрія*. — 2010. — № 5. — С. 201—204.
23. Турчина С. И. Диффузный нетоксический зоб и половое созревание // *Укр. журн. дитячої ендокринолог.* — 2013. — № 1. — С. 23—28.
24. Турчина С. И. Отдаленный катамнез физического и полового созревания детей с диффузным нетоксическим зобом / С. И. Турчина, Е. И. Плехова, А. В. Косовцова // *Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания: материалы IV конгресса педиатров стран СНГ*. — Л., 2012. — С. 266.
25. Турчина С. І. Перебіг пубертатного періоду у хлопців, хворих на дифузний нетоксичний зоб / С. І. Турчина, О. І. Плехова, Г. В. Косовцова // *Здоровье мужчины*. — 2012. — № 3. — С. 189—192.
26. Hess S. Y. The impact of common micronutrient deficiencies on iodine and thyroid metabolism: the evidence from human studies / S. Y. Hess // *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. — 2010. — Vol. 24, № 1. — P. 117—132.
27. Lippi G. Prevalence of folic Acid and vitamin B12 deficiencies in patients with thyroid disorders / G. Lippi, M. Montagnana // *Am. J. Med Sci*. — 2008. — Vol. 336, № 1. — P. 50—52.
28. Relationship between serum zinc levels, thyroid hormones and thyroid volume following successful iodine supplementation / Ertek S., Cicero A. F., Caglar O., Erdogan G. // *Hormones (Athens)*. — 2010. — Vol. 9, № 3. — P. 263—268.
29. Role of iodine, selenium and other micronutrients in thyroid function and disorders / Triggiani V., Tafaro E., Giagulli V. A. [et al.] // *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. — 2009. — Vol. 9, № 3. — P. 277—294.
30. Schomburg L. On the importance of selenium and iodine metabolism for thyroid hormone biosynthesis and human health / L. Schomburg, J. Kohrle // *Mol. Nutr. Food Res*. — 2008. — Vol. 52, № 11. — P. 1235—1246.
31. Zimmermann M. B. Interactions of vitamin A and iodine deficiencies: effects on the pituitary—thyroid axis / M. B. Zimmermann // *Int. J. Vitam Nutr Res*. — 2007. — Vol. 77, № 3. — P. 236—240.

Триметабол

Гармоничное развитие организма

Сбалансированный состав обеспечивает 3х-уровневое действие:

- ☀ Ципрогептадина ацефиллинат (метопин) - стимулирует аппетит
- ☀ DL-карнитин, витамины B1, B6, B12 увеличивают желудочную секрецию, улучшают усвоение пищи
- ☀ L-лизин - основа биосинтеза белков, оказывает негормональное анаболическое действие

- ✓ Триметабол является патогенетическим методом в терапии мальчиков-подростков с ЗТР, имеющих уровень серотонина более 0,75 мкмоль/л.
- ✓ Ципрогептадин, не только способствует активации гипофизарно-гонадной системы, оказывая антисеротониновое действие, но и стимулирует аппетит у подростков с ЗТР и ДМТ, что благотворно влияет на эффективность лечения.
- ✓ Оказывая кардиопротекторное, нейропротекторное, противооксидантное действие, Триметабол обеспечивает позитивные изменения в соматическом здоровье ребёнка, что улучшает прогноз течения ДНЗ, и особенно важно в период активного роста и пубертатной гормональной перестройки

Турчина С.И. «Комплексный подход к коррекции нарушений соматополового развития детей и подростков с диффузным нетоксическим зобом» ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины»

Дозировка:

- Дети от: {
- Дети от 2х до 3х лет - 2,5 мл 3 раза в день
 - Дети от 3х до 6 лет - 5 мл 3 раза в день
 - Дети от 6 лет и взрослые - 5-10 мл 3 раза в день

Рекомендуется принимать за 30-60 минут до еды



Grupo Uriach

“Би-фарма” т./ф.(044)501-69-79, info@b-pharma.com.ua

Производитель: Х.Уриак і Сиа,С.А, Испания.

Информация для специалистов здравоохранения, для распространения на специализированных семинарах, конференциях симпозиумах по медицинской тематике.

Комплексний підхід до корекції порушень соматостатевого розвитку дітей та підлітків із дифузним нетоксичним зобом

С.І. Турчина

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків

Мета: обґрунтувати комплексний підхід до терапії дітей і підлітків з дифузним нетоксичним зобом.

Пацієнти і методи. Обстежено 163 дівчат та 197 хлопців 8–17 років з дифузним нетоксичним зобом (ДНЗ) I–III ступеня. Виконували УЗД щитоподібної залози. У сироватці крові визначали концентрацію тиреотропіну, вільних фракцій тиреоїдних гормонів (fT4 і fT3) радіоімунним методом. Розраховували величину співвідношення ТТГ/fT4. Значення ТТГ/fT4 понад 0,29 у.о. розцінювали як значущу ознаку субклінічного гіпотиреозу. Усі пацієнти оглянуті педіатром, психоневрологом, психологом, отоларингологом, окулістом. За потреби проводили розгорнутий комплекс обстеження для верифікації супутньої патології. Проведено клініко-генеалогічне дослідження.

Результати. У 59,4% пацієнтів виявлено дисгармонійний фізичний розвиток. Найчастіше визначали дефіцит маси тіла (37,5%) та/або низький зріст (28,0%). У 32,8% хлопців-підлітків і 8,3% дівчат діагностовано затримку статевого розвитку, яка у більшості підлітків (83,8%) супроводжувалась дефіцитом маси тіла та низьким зростом.

Висновки. Обґрунтовано необхідність комплексного підходу до терапії дітей і підлітків, хворих на ДНЗ, та доцільність застосування препарату Триметабол у хворих із дефіцитом маси тіла та затримкою зросту, як при фізіологічному, так і патологічному перебігу пубертата.

Ключові слова: діти та підлітки, дифузний нетоксичний зоб, лікування.

The complex approach to the violations correcting of the somatic sexual development among children and adolescents with diffuse nontoxic goiter

S.I.Turchina

SU «Institute of Child and Adolescent Health NAMS of Ukraine», Kharkov

Purpose: to justify the complex method to the children and adolescents therapy with the diffuse nontoxic goiter.

Patients and methods: there were observed 163 girls and 192 boys from 8–17 years the diffuse nontoxic goiter (DNG) I–III degree. The physical and sexual development was evaluated. The thyroid ultrasound was performed. It was determined in the blood serum the concentration of thyrotropin, free fractions of thyroid hormones (fT4 and fT3) with the radioimmune method. The ratio value was calculated TTH/fT4. Its value more than 0,29 y.e. was regarded as a significant sign of subclinical hypothyroidism. All the patients were examined by a pediatrician, psychoneurologist, psychologist, otolaryngologist, ophthalmologist. If necessary, it was done a wide research complex for the verification of comorbidity. The clinical and genealogical research was done.

Results: among 59.4% of patients it was identified a disharmonious physical development. The most often it was determined an underweight body (37.5%) and /or lower growth (28.0%). It was diagnosed among 32.8% boys teenagers and 8.3% girls the sexual development retardation that the majority of them (83.8%) was accompanied by body weight deficit and low growth

Conclusion: it was justified the necessity of a complex method in children and teenagers therapy with DNG and the usefulness of the drug Trimetabol among the patients with the body weight deficit and retardation growth, both in physiological and pathological course of puberty.

Key words: children and teenagers, diffuse nontoxic goiter, treatment

Сведения об авторах:

Турчина С.И. — ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Адрес: г. Харьков, пр. 50-летия ВЛКСМ, 52-А.

Статья поступила в редакцию 18.08.2014 г.