

Содержание йода в моче (мкг) у детей и подростков из различных регионов Гомельской области при повторном обследовании

| Район проживания | Статист. показатель | 2007 г. | 2008 г. | 2009 г. | 2010 г. |
|------------------|---------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Хойникский | Медиана X±Sxp | 103,0 107,2±9,1 208 | 101,8 106,3±7,4 90 | | 117,2 120,3±12,7 |
| Ветковский | Медиана X±Sxp | 105,4 107,5±6,8 100 | | 116,2 122,4±14,1 | |
| Наровлянский | Медиана X±Sxp | 111,7 113,8±11,4 48 | 110,9 111,6±8,2 42 | | |
| Чечерский | Медиана X±Sxp | 114,0 115,9±4,0 90 | 115,0 116,7±5,9 86 | | |
| г. Брагин | Медиана X±Sxp | 118,0 120,8±11,5 52 | | 120,0 126,2±10,4 52 | |
| г. Жлобин | Медиана X±Sxp | 90,3 98,6±7,1 44 | | 108 114,7±11,5 40 | 119,3 128,1±13,2 36 |
| г. Светлогорск | Медиана X±Sxp | 104,0 111,6±9,8 52 | | | 109,4 114,8±8,6 50 |

и г. Брагина выявило у них легкую степень йодного дефицита (88,0 и 85,0 мкг/л соответственно). При повторном обследовании содержание йода в моче было 92 и 90 мкг/л соответственно.

Таким образом исследования, проведенные в различных регионах Гомельской области, выявили у детей и подростков йодный дефицит легкой степени, а в ряде населенных пунктов йодную обеспеченность, близкую к норме.

В 1997–1998 гг. на базе НИИ радиационной медицины было продолжено широкомасштабное исследование распространенности йодной недостаточности у детей и подростков Беларуси, проживающих на территориях всех областей страны. По результатам УЗИ щитовидной железы у 17,2% обследованных выявлено увеличение ее объема. По

уровню обеспеченности йодом в республике преобладают регионы с йодным дефицитом средней степени, за исключением Гомельской области, где была зарегистрирована легкая степень йодного дефицита. В Брестской и Минской областях медиана содержания йода в моче составляла соответственно 27,3 и 38,1 мкг/л, в Витебской, Гродненской и Могилевской областях – 40,3 мкг/л, 47,0 мкг/л и 49,0 мкг/л соответственно. При сопоставлении результатов исследований по распространенности зоба и йодной недостаточности у школьников Беларуси установлена тесная связь этих показателей.

На основании результатов проведенных исследований в республике была разработана нормативная база, явившаяся основой государственной стратегии по ликвидации йодного дефицита. С этого времени началось йодирование поваренной соли и использование ее в хлебобулочной, молочной, мясоперерабатывающей и кондитерской промышленности. В результате, в молочных продуктах, обогащенных йодом, содержится в среднем 15 мкг йода в 100 мл продукта, в различных образцах белого и черного хлеба – 25 мкг/100 г, в колбасных изделиях – 3,38–19,57 мкг/100 г. Расчетное среднесуточное поступление йода с продуктами питания составляет 217,1 мкг, что в пересчете на коэффициент усвояемости составляет 150 мкг, что соответствует норме, рекомендованной ВОЗ.

При контрольных исследованиях йодной обеспеченности у школьников Беларуси установлено, что йодная обеспеченность в 2007–2010 гг. значительно улучшилась по сравнению с 1991–1999 гг.

Большинство обследованных детей и подростков имеют достаточное содержание йода в моче (более 100 мкг/л). Число лиц со значениями <50 мкг/л в отдельных регионах (Браслав, Докшицы, Столин, Минск – составляет 2–4%).

И так за последние годы профилактика йоддефицитных состояний и зобной эндемии в Республике Беларусь достигла оптимальных результатов. Для длительного устойчивого позитивного эффекта исследования йодной обеспеченности населения страны, качества и содержания йодированной соли в продуктах питания продолжаются.

Литература

1. *Маленченко А.Ф., Василенко И.Я., Василенко О.И.* Обмен йода в течение патологических процессов в щитовидной железе у людей в регионах зобной эндемии при поражении радиойодом. Радиационная биология. Радиоэкология, 2007, 47, 4, 435–443.

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА: ПРОБЛЕМЫ В ИСТОРИЧЕСКОМ РАКУРСЕ

Сытый В.П., Соловьева Н.Г., Чигирь С.Н., Барковская С.В.

Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка

Основные знания по медицине необходимы всем гражданам страны. Это аксиома. Медицинские знания приобретаются в общеобразовательных и специализированных учебных заведениях, а также в процессе санитарно-просветительной работы среди населения. Но есть немедицинские профессии, для которых медицинские знания нужны не только как основы, но и углубленные по некоторым медицинским дисциплинам. К таким профессиям можно отнести спасателей, спортивных тренеров, педагогов и др.

Педагогическая медицина – это комплексная интегральная система знаний, изучающая физиологические особенности и болезни учащихся в процессе воспитания и обучения и разрабатывающая медико-гигиенические основы этого процесса. В связи с развитием специализации в педагогике в состав педагогической медицины включаются наука о здоровом образе жизни, анатомия и возрастная физиология (педагогическая физиология), медицина чрезвычайных ситуаций, здоровьесберегающие педагогические технологии и режимы обучения [1].

Объектом педагогической медицины выступает учащийся ребенок, подросток, юноша, развивающийся посредством специально организованного процесса воспитания. Предметом педагогической медицины является педагогический процесс, обеспечивающий усвоение медико-гигиенических знаний (пути и средства передачи учащимся (студентам) медико-гигиенических знаний).

Все основные категории педагогики: воспитание, обучение, образование, развитие – успешно воплощаются в педагогическом процессе благодаря их неразрывной связи с принципами педагогической медицины [2, 3].

В подготовке педагогов высшей квалификации по педагогической медицине в новой истории страны можно выделить три периода:

- 1) после ВОВ в педагогических институтах наряду с анатомией, физиологией и школьной гигиеной в программу включались вопросы подготовки медицинских сестер гражданской обороны;
- 2) с 90-ых годов XX века необходимость в подготовке медсестер гражданской обороны отпала и в программу подготовки были дифференцировано по факультету включены ряд медицинских дисциплин (основы медицинских знаний, основы педиатрии, медико-социальные вопросы здоровья, геронтология, возрастная физиология, школьная гигиена и др.);
- 3) в начале XXI века базовая дисциплина в подготовке педагогов «Основы медицинских знаний» была исключена из учебной программы, а медицинские дисциплины «Основы педиатрии», «Возрастная физиология и школьная гигиена», «Медико-социальные вопросы здоровья» были переведены в разряд общеобразовательных и изучаются на I–II курсах. Но для подготовки воспитателя дошкольного учреждения знания по педиатрии нужны не меньше, чем знания по педагогике! Для подготовки учителя знания школьной гигиены не менее важны, чем знания по предметам школьной программы! Для подготовки психолога знания по основам медицинских знаний являются базовыми. Для подготовки социального педагога и социального работника изучение урезанного курса по медико-социальным вопросам здоровья ничтожно мало! Важное место в изучении педагогической медицины занимают вопросы социологии.

Как известно, педагогика – это наука о воспитании и обучении человека, а воспитание – целенаправленное развитие человека. Возможно ли целенаправленно развивать ребенка, подростка, не владея основными медицинскими знаниями? А на каком уровне ведут в школах занятия по медзнаниям физики, биологи, социальные педагоги, не изучавшие этот предмет в университете?

При подготовке специалистов по физическому воспитанию в общем соблюдается баланс учебных часов на протяжении длительного времени. Однако наблюдается тенденция смещения медицинских дисциплин специализации к общепрофессиональным, на первый, второй или третий курс (лечебная физическая культура, лечебная физическая культура и массаж, лечебная физическая культура при заболеваниях и травмах, основы валеологии и медицины).

В соответствии с эволюцией взглядов на педагогическую медицину «наверху» у студента меняется внутренняя (процессуальная) мотивация. Студенту с педагогического университета (факультета) все меньше нравится педагогическая медицина в разделе школьной гигиены (1, 2 курс, в разделе педиатрии I курс), в разделе спортивной медицины (3–4 курс), так как он еще не понимает для чего нужен этот предмет и ограниченное количество учебных часов не позволяет продемонстрировать важность изучаемого предмета в педагогической деятельности.

Мы провели анкетирование студентов по вопросам значимости медицинских знаний для формирования здорового образа жизни и успешной педагогической деятельности. Результат: 80% студентов отметили изменение поведения, убеждений, отношения к факторам рискованного стиля жизни; 70% студентов отметили высокую значимость изучения медицинских дисциплин для внедрения в учебный процесс здоровьесберегающих технологий.

Заключение. Педагогическая медицина включает теоретические основы педагогики и современные медико-гигиенические требования к организации и осуществлению педагогического процесса. За последние десятилетия произошло неоправданное смещение многих специальных медицинских дисциплин к общеобразовательным, что негативно отражается на профессиональной подготовке педагога. Это во многом обусловлено столкновением интересов факультетских и общеуниверситетских кафедр, конкуренцией между кафедрами и недооценкой роли педагогической медицины в педагогическом образовании. Преодоление этих субъективных факторов послужит созданию оптимальной общеобразовательной среды в педагогическом образовании.

Литература

1. Жук О.Л. Педагогика. – Мн: БГУ, 2003.
2. Кукушкин В.С. Общие основы педагогики – Р.Д. Мирт. 2002.
3. Сытый В.П. Современный взгляд на педагогическую медицину. Материалы научно-практической конференции «Медико-педагогические проблемы охраны здоровья учащихся и безопасности жизнедеятельности». Минск, Зималетто. 2010.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОГО АНГИОГРАФИЧЕСКОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сытый Ю.В.

УЗ «5-я городская клиническая больница», г. Минск

Артериальная аневризма – ограниченное выпячивание стенки артерии в виде дивертикула или мешка (мешотчатая аневризма) или равномерное расширение артерии на отдельном участке (фузиформная аневризма). Данные патолого-анатомических вскрытий показывают, что аневризмы обнаруживаются в 2–5% случаев, что свидетельствует о том, что в популяции доминируют неразорвавшиеся аневризмы, число которых превышает апоплексические в 500 раз. Распространенность артериальных аневризм колеблется, по данным различных авторов, от 5 до 16 на 100 тыс. населения [1, 2, 3]. За последние годы представления о патогенезе, а также методах лечения этого заболевания претерпели значительные изменения.

Лучевая диагностика является основной в выявлении аневризм артерий головного мозга. При этом одними из основных методик являются компьютерная томография и компьютерно-томографическая ангиография (КТА). Поэтому изучение особенностей КТА картины АА головного мозга для совершенствования их ранней диагностики является актуальной задачей.

Цель исследования – оценить особенности артериальных аневризм головного мозга и их локализацию по данным КТА.

Материалы и методы. Было проведено 249 компьютерно-томографических ангиографий головного мозга больным, находившимся на стационарном лечении в неврологических и нейрохирургических отделениях УЗ «5-я ГКБ». Пациенты направлялись на обследование с подозрением на наличие АА головного мозга и в 73% случаев имели в анамнезе субарахноидальное кровоизлияние (САК) или внутримозговые гематомы. В 21% случаев больные имели клиническую симптоматику, обусловленную наличием объемного образования в полости черепа. Остальные 6% случаев были случайной находкой. У 83 из 256 больных были обнаружены артериальные аневризмы. Среди пациентов с аневризмами были 45 женщин и 38 мужчин в возрасте 16–85 лет. Обследования проводились в 2009–2011 годах на 32 спиральном рентгеновском компьютерном томографе GE Lightspeed Pro 32 с использованием контрастных препаратов «Омнипак-300», «Омнипак-350» и «Визипак-320». Болюсное контрастирование производилось при помощи аппарата Ulrich Medical «Ohio Tandem».

Результаты. АА у женщин диагностированы в 56% всех случаев. Нами выделены три возрастные группы пациентов с артериальными аневризмами, частота АА у которых распределилась следующим образом: до 39 лет – 21 (25%) случаев, 40–59 лет – 42 (52%) случаев и старше 60 лет – 19 (23%) случаев. Мешотчатые аневризмы встречались в подавляющем числе случаев (94%), фузиформные аневризмы обнаружили лишь у 7 пациентов. Размеры выявленных нами аневризм колебались от 2 до 43 мм; милиарными (до 3 мм) были 16 АА, «обычными» (4–15 мм) – 59 АА, крупными (16–25 мм) – 13 АА и гигантскими (более 25 мм) оказались 10 АА. В 22% случаев аневризмы обнаружили в вертебро-базиллярном бассейне, в основном они исходили из базилярной артерии. В 78% АА локализовались в каротидном бассейне: 24% – из внутренней сонной артерии, 25% – из передней мозговой-передней соединительной артерии, 29% – из средней мозговой артерии. Множественные аневризмы обнаружили у 22% пациентов, из которых у 17% были две АА, а у 4% были три АА. Форма мешотчатых аневризм в 72% случаев была округлая или овальная, в 18% – двудольчатая, в 4% – гантелеобразная, в 6% – неправильной формы. Контуры аневризм в 55% были ровными, в остальных 45% – неровными. Осложнения аневризм в виде внутримозговых кровоизлияний и субарахноидальных кровоизлияний определялись у 12 пациентов, что составило 26%. Осложнений процедур КТА у пациентов не было.

Заключение. На основании проведенных КТА исследований можно сделать вывод о том, что артериальные аневризмы головного мозга чаще выявляются у женщин среднего возраста (40–59 лет) и локализуются в каротидном бассейне. В подавляющем большинстве случаев обнаруживаются мешотчатые аневризмы средних размеров (4–15 мм).

Литература

1. Гончар А.А. Дигитальная субтракционная ангиография в диагностике сосудистых поражений головного мозга. Минск. 2010. – 303 с.
2. Труфанов Г.Е., Рамешвили Т.Е., Фокин В.А., Свистов Д.В. Лучевая диагностика сосудистых мальформаций и артериальных аневризм головного мозга. «Элби-СПб» С-Пб. 2008. – С.7.
3. Li Q., Li F., Li Y., Li K., Luo T., Xie P. Subtraction CT angiography for evaluation of intracranial aneurysms: comparison with conventional CT angiography. Eur Radiol. 2009. 19: 2261–2267.