

Опыт применения левотироксина натрия в комплексной терапии аллергических заболеваний у детей, проживающих в условиях йодного дефицита

Т.А.Маркова

Смоленская государственная медицинская академия

У детей дошкольного возраста, страдающих аллергическими заболеваниями и проживающих в йоддефицитном регионе, выявлены нарушения функций щитовидной железы. Дано обоснование применения левотироксина натрия в комплексной терапии аллергических заболеваний.

Ключевые слова: дети, дефицит йода, левотироксин натрия

The experience of levothyroxine sodium application in complex therapy of allergic diseases in children living in conditions of iodine deficiency

T.A.Markova

Smolensk State Medical Academy

The children under 7 years with allergic diseases living in iodine-deficient region, were revealed to have disfunction of thyroid gland. The substantiation of levothyroxine sodium application in complex therapy of allergic diseases is given.

Key words: children, iodine deficiency, levothyroxine sodium

Важную роль в развитии аллергических заболеваний у детей играют факторы загрязнения окружающей среды, проживание в экологически неблагоприятном регионе [1]. Вместе с тем ряд авторов отмечают высокую распространенность аллергических заболеваний, увеличение щитовидной железы у лиц молодого возраста с бронхиальной астмой, проживающих в йоддефицитном регионе [2–4].

У детей с atopическим дерматитом нередко отмечаются нарушения в тиреоидной системе – признаки как гипопункционального состояния (12–17%), так и повышения функции щитовидной железы (37–43%) [5–7].

У больных с тиреоидной дисфункцией (особенно при гипопункции щитовидной железы) регистрировались более глубокие расстройства иммунитета, они труднее поддавались лечению и клиническая ремиссия процесса у этих пациентов наступала позднее, чем у детей с неизменной функцией органа. Сочетание расстройства функции щитовидной железы у детей с atopическим дерматитом и их

матерей, высокая частота встречаемости одних и тех же HLA-антигенов и их комбинаций у детей и женщин с тиреоидной дисфункцией позволили говорить о генетической предрасположенности детей с atopическим дерматитом к функциональным нарушениям щитовидной железы.

Вопрос о роли щитовидной железы в патогенезе бронхиальной астмы уже давно привлекает внимание исследователей. Отдельные наблюдения сочетания бронхиальной астмы с диффузным токсическим зобом были опубликованы еще в начале XX века. Тогда L.Levi предложил понятие «тиреоидная астма», под которой он подразумевал бронхиальную астму, сопровождающуюся увеличением щитовидной железы и ее гиперфункцией.

В настоящее время отсутствуют работы, в которых анализировалось бы формирование аллергических заболеваний у детей, проживающих в йоддефицитном регионе. Кроме того, остается неизученным вопрос взаимодействия гормонов щитовидной железы, гипопифиза, надпочечников при аллергических заболеваниях у детей. Однако известно, что в реализации иммунного ответа в организме большую роль играют гормоны щитовидной железы [8]. Актуальность выбранной темы обусловлена высоким распространением йоддефицитных состояний на территории России [9].

Экологическая ситуация в Смоленской области остается фактором высокого риска нарушения здоровья населения,

Для корреспонденции:

Маркова Татьяна Анатольевна, доцент кафедры факультетской и поликлинической педиатрии с курсом пропедевтики детских болезней Смоленской государственной медицинской академии

Адрес: 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Телефон: (0812) 31-975

Статья поступила 20.06.2003 г., принята к печати 04.08.2003 г.

в первую очередь детского, так как в данном регионе антропогенные факторы сочетаются с природными и геохимическими особенностями территории [9]. С учетом сказанного, нами было проведено исследование, в котором оценивалось состояние здоровья детей, родившихся у женщин, проживающих на территории Смоленской области и страдающих аллергическими заболеваниями. При этом принимали во внимание, что вся Смоленская область относится к региону йодного дефицита. Результаты исследования, проведенного лабораторией центра Госсанэпиднадзора в 1999–2000 гг., показали, что подземные артезианские воды, используемые для питьевых целей, содержат от 1 до 15 мкг/л йода, грунтовые воды – до 20 мкг/л. Для сравнения морская вода содержит 50–60 мкг/л йодитов. Тем самым было доказано, что на территории Смоленской области имеется дефицит йода, и в большинстве случаев суточная потребность организма в этом микроэлементе (100–200 мкг) не удовлетворяется, что приводит прежде всего к развитию эндемического зоба.

Показателем йодного дефицита в регионе является наличие йода в моче. Исследованиями, осуществленными в Смоленске и Демидовском районе Смоленской области, было показано, что имеет место легкая йодная недостаточность, так как показатели медианы йодурии у детей 6–7 лет были ниже контроля (59,945 и 53,976 соответственно). Исследование щитовидной железы параллельно с определением йодурии выявило ее увеличение при пальпации у 36,44% детей Смоленска и у 28,18% – Демидовского района. Ультразвуковое сканирование установило увеличение размеров щитовидной железы у 29,16% детей проживающих в Смоленске, и у 28,81% в Демидовском районе. Данные клинико-инструментального обследования детей, согласно классификации ВОЗ, соответствуют умеренной и средней тяжести зобной эндемии.

Пациенты и методы

Согласно поставленным в работе задачам, были сформированы следующие группы пациентов. Основную группу составили дети дошкольного возраста с отягощенной аллергической наследственностью, проживающие в Смоленске. У этих детей были выявлены IgE-опосредованные аллергические заболевания. При кожном аллергологическом тестировании получены положительные результаты с бытовыми, пищевыми и пыльцевыми аллергенами.

Основная группа была разделена на 2 подгруппы: в 1-ю подгруппу ($n = 63$) вошли дошкольники 5–7 лет, матери которых постоянно проживали в г. Смоленске, страдали аллергическими заболеваниями (бронхиальная астма, atopический дерматит, поллиноз), а также патологией щитовидной железы (эндемический зоб). Все женщины находились на учете у эндокринолога, имели эутиреоидное состояние и не получали какой-либо плановой терапии по поводу зоба.

Вторую подгруппу ($n = 153$) составили дети 5–7 лет, матери которых тоже постоянно проживали в г. Смоленске, страдали аллергическими заболеваниями, однако у них не было выявлено эндокринной патологии ни до, ни во время беременности.

В группу контроля вошли здоровые дети ($n = 55$) 6 лет, проживающие в экологически «чистом» Демидовском районе Смоленской области. Вместе с тем данный район, как и Смоленск, является йоддефицитным. Матери детей этой группы не страдали аллергическими заболеваниями и не имели эндемического зоба. В дошкольном периоде у детей не было выявлено патологии щитовидной железы и аллергических заболеваний.

Результаты обследования и их обсуждение

По нашим данным, в дошкольном периоде аллергическая патология встречалась у детей, матери которых страдали аллергическими заболеваниями. При этом бронхиальная астма развивалась у 7 и 21% детей обеих основных подгрупп соответственно ($p > 0,05$), atopический дерматит – соответственно у 30 и 18% ($p > 0,05$).

Сочетание бронхиальной астмы и atopического дерматита было выявлено у 7% детей, родившихся у матерей с эндемическим зобом, и у 8% детей от матерей без зоба ($p > 0,05$). Кроме того, у 7 и 24% пациентов соответственно ($p > 0,05$) было диагностировано сочетанное поражение в виде бронхиальной астмы, atopического дерматита и патологии желудочно-кишечного тракта. Аллергический ринит наблюдался у детей от матерей как с патологией щитовидной железы (23%), так и без нее (5%) ($p < 0,05$).

Полученные нами результаты подтвердили данные литературы о важной роли наследственности в развитии аллергических заболеваний [10]. Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что эндемический зоб 1-й степени чаще (53%) отмечался у детей 1-й подгруппы, матери которых также страдали эндемическим зобом, что достоверно отличалось от 2-й подгруппы детей, матери которых не имели указанной патологии ($p < 0,05$).

Таким образом, клинико-инструментальное обследование детей дошкольного возраста с отягощенной аллергической наследственностью, проживающих в йоддефицитном регионе, показало, что наряду с аллергическими заболеваниями у них встречается также поражение щитовидной железы.

Согласно поставленным в работе задачам и в связи с выявленными отклонениями в состоянии здоровья, нами был изучен гормональный статус детей. По нашим данным, у 86% детей, родившихся у матерей с эндемическим зобом, отмечалось увеличение содержания трийодтиронина в крови, имеет место субклинический гипотиреоз, обусловленный, возможно, нарушением высвобождения регулирующего гормона (гипоталамического или гипофизарного).

Включение в комплексную терапию у 20 детей L-тироксина курсами не менее 3 мес привело к стойкой ремиссии у детей как с бронхиальной астмой, так и с atopическим дерматитом. Лечение назначалось эндокринологом, в каждом случае подбор дозы [14] проводился после ультразвукового исследования щитовидной железы под контролем ЭКГ, уровня тиреотропного гормона и свободного тироксина. В периоде ремиссии аллергических заболеваний дети с патологией щитовидной железы осматривались эндокринологом 1 раз в 3 мес, ультразвуковое исследование щитовидной железы и определение содержания тиреотропного гормона осуществлялось 1 раз в 6 мес.

Увеличение содержания кортизола в сыворотке крови было выявлено как в группе контроля, так и в основных подгруппах. Данное повышение показателя мы расценили как не требовавшую терапии стрессовую реакцию детей на взятие крови.

Таким образом, проведенное нами клинико-лабораторное обследование детей дошкольного возраста с отягощенной аллергической наследственностью, проживающих в регионе йодного дефицита, показало, что включение в комплексную терапию аллергических заболеваний препарата щитовидной железы позволило добиться стойкой ремиссии. По нашим данным, в диспансерное наблюдение детей с аллергическими заболеваниями должны быть включены осмотры эндокринолога, детского гинеколога, андролога.

Литература

1. Мизерницкий Ю.Л. Значение экологических факторов при бронхиальной астме у детей. Пульмонология 2002; 1: 56–62
2. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. (ред.) Медико-социальные последствия йоддефицитных состояний. Профилактика и лечение. Пособие для врачей Москва–Пермь, 1999, 31
3. Коваленко Т.В. Здоровье и развитие детей, рожденных в условиях зубной эндемии. Автореф. дисс. д-ра мед. наук. Ижевск; 2000.
4. Косыкова Н.И. Влияние йоддефицитного состояния на течение бронхиальной астмы. Пульмонология 1998, 100
5. Рудницкий С.В. Клинико-иммунологические особенности и эндокринологические нарушения у детей с atopическим дерматитом. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Пермь; 2000, 23
6. Адо А.Д. Общая аллергология. Руководство для врачей. М.: Медицина; 1978; 464
7. Качук М.В., Яговдик Н.З. Функциональное состояние системы гипоталамическо-щитовидной железы у больных экземой. Вестник дерматологии 1989; 3. 12–5
8. Соловьев А.С. Функции иммунной системы при действии на организм высокой внешней температуры. Автореф. дисс. д-ра мед. наук. СПб., 1993, 42
9. Щеплягина Л.А., Костюченко В.Н. и др. Состояние здоровых детей Смоленской области в условиях зубной эндемии. Информационное письмо Смоленск, 2001, 15.
10. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. М.: Медицина; 1999, 238
11. Касаткина Э.П. Йоддефицитные заболевания у детей и подростков (плерная лекция). Проблемы эндокринологии 1997, 1. 3–7
12. Кеттайл В.М., Арки Р.А. Патология эндокринной системы. Москва–СПб. 2001, 335.
13. Жуковский М.А. Детская эндокринология. М.: Медицина, 1995; 655
14. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). М., 2002; 3. 912.

МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПЕЧАТЬ

Некоторые социальные и фармакоэкономические аспекты atopического дерматита

Атопический дерматит у детей на сегодняшний день является заболеванием с высокой социальной значимостью, обусловленной, в том числе, и существенными финансовыми затратами.

Оценка финансовых затрат представляется в высшей степени важной в свете растущей распространенности atopического дерматита, особенно в развитых странах в последнее десятилетие. Бремя семьи, обусловленное уходом за ребенком с умеренно выраженным и тяжелым atopическим дерматитом, значительно выше, нежели уход за ребенком, страдающим диабетом I типа.

Составляющими эту проблему факторами являются: нарушение сна, проблемы с устройством на работу, время по уходу за больным ребенком, а также финансовые затраты. Финансовые затраты семьи и общества включают медицинскую и больничную прямую стоимость лечения и не прямые затраты, обусловленные отсутствием на работе.

Лечение atopического дерматита у детей требует участия не только педиатров, но и диетологов, психологов, фармацевтов, а также представителей так называемой альтернативной терапии, таких как натуропаты, ароматерапевты, специалисты биорезонансной терапии. Все вышеперечисленное обуславливает финансовые затраты родителей и общества.

Существенный эффект могли бы дать мероприятия, направленные на уменьшение триггерных факторов, однако экономический эффект этих мер не оценивался. В заключение, atopический дерматит должен рассматриваться сегодня как заболевание, которое может стать причиной весьма существенных персональных, социальных и финансовых затрат как для семьи, так и для общества.

Источник: *Pharmacoeconomics* 2003; 21: 105–13