

М.Е. Маменко, д.м.н., кафедра педіатрії факультета последипломного образования, Луганський державний медичний університет

Часто болючі діти: ще один погляд на проблему

Діти з рецидивуючими інфекціями бронхолегочної системи, уха, горла, носа – найбільш численна і проблемна категорія пацієнтів в практиці кожного педіатра. В українській медицині дітей з повторними епізодами гострої респіраторної вірусної інфекції (ОРВІ) прийнято об'єднувати в групу диспансерного нагляду часто болючих дітей. Цей термін в Міжнародній класифікації хвороб відсутній. Критерієм включення в цю групу вважається кількість перенесених дитиною в рік інфекційних захворювань.

Єдиного висновку про допустимість частоти гострих респіраторних захворювань (ОРЗ) не існує. Більшість українських дослідників вважає, що рівень захворюваності ОРЗ у дітей дошкільного і шкільного віку не повинен перевищувати 4-6 разів на рік (В.К. Таточенко, 2000; В.Ю. Альбіцкий; А.А. Баранов, 1986). Навпаки, за даними ВОЗ, частота ОРВІ 8 разів на рік вважається нормальним показником для дітей дошкільного і молодшого шкільного віку, що відвідує дитячі заклади.

Широке використання терміна «часто болючі діти» як діагнозу, по мнению багатьох дослідників, призводить до гіподіагностики бронхіальної астми, первинних імунodefіцитних станів і інших вроджених і набутих дефектів органів і систем дитини. Однак недооцінювати існування групи дітей, у яких часті повторні епізоди ОРЗ виникають через транзитні корригуємія відхилення в захисних системах організму, не можна. Рецидивуючі інфекції у таких дітей призводять до порушення функціонування різних органів і систем, зниженню імунорезистентності організму, срыву компенсаторно-адаптивних механізмів, відставанню в фізичному і психомоторному розвитку. Висока захворюваність веде до великих економічних витрат батьків і держави, обмежує підлітків у виборі професії, впливає на репродуктивне здоров'я (Ю.Г. Антипкін і співавт., 2003).

Важко сумніватися, що діти мають певні анатомо-фізіологічні особливості респіраторного тракту (мукоциліарної і сурфактантної системи, будови бронхів), транзитні вікові особливості імунної системи, які слугують причиною більш частих по порівнянню з дорослими захворювань. Крім того, до факторів, передиспозуючих до виникнення частих респіраторних інфекцій, відносять відвідування дитячих колективів в ранньому віці, високий рівень забруднення повітря в промислових містах, низький рівень санітарної культури населення, несприятливі соціально-економічні умови, осередки хронічної інфекції, алергізація організму, часті стреси, необґрунтоване широке застосування антибіотикотерапії.

Особливу увагу традиційно приділяють недостатку повноцінного харчування дітей. Крім необхідності збалансувати раціон за співвідношенням білків, жирів, вуглеводів, забезпечити регулярне надходження вітамінів, слід звернути увагу на ролі мікроелементів.

Найбільш поширеними і соціально значимими в світі наслідками дефіциту мікроелементів є йодо- і залізодефіцитні стани. Якщо питання впливу залізодефіцитної анемії і латентного дефіциту заліза на імунний статус вивчено досить добре і враховується при веденні дітей з цієї групи часто болючих, то йодний дефіцит в цьому аспекті залишається незаслужено мало уваги.

! Недостатнє надходження йоду в організм дитини призводить до дефіциту «будівельного матеріалу» для гормонів щитовидної залізи і розвитку гіпотироксинемії. Тиреоїдні гормони виконують роль універсальних регуляторів різних функцій практично всіх органів і систем організму. Не винятком є і імунна система.

В ряді експериментальних досліджень показано, що при забезпеченні адекватного рівня тироксину значно знижується адгезія мікробів до клітинної стінки (P.A. Rittenhouse, E. Redei, 1997). Вивчення таких маркерів запалення, як інтерлейкін-1 β і макрофагальний білок запалення, продемонструвало, що тироксин знижує ступінь запалення і підвищує рівень захисту. Подавлення продукції цього гормону метамізолом в дослідженні призвело до вираженого зниження противоінфекційної захисту.

В той же час встановлено, що токсини, вироблювані в процесі інфекції, можуть мати негативний вплив на щитовидну залізу, призводячи до зниження її функціональної активності (L. Bertok, 1998). Рівень трийодтироніну і тироксину при інфекційних процесах значно знижується, що може бути наслідком інтенсифікації метаболізму тиреоїдних гормонів в тканинах, так і зниження їх синтезу в щитовидній залізі (R.D. Utiger, 1995).

Експериментальні дані підтверджують опосередковане участь тиреоїдних гормонів в диференцировці і регуляції тривалості життя деяких іммунокомпетентних клітин, зокрема В-лімфоцитів, відповідальних за виробку антитіл. При відсутності тиреоїдних гормонів згортається процес созрівання лімфоцитів, зменшується термін їх життя, виникає дефіцит іммуноглобулінів захисних класів (E. Montecino-Rodriguez et al., 1997). Крім того, тиреоїдні гормони значно стимулюють активність так званих природних клітин-киллерів, які беруть участь в антинеопластичній і антиінфекційній захисті організму (M. Provinciali, N. Fabris, 1990). Ефект тироксину на Т-лімфоцити ще недостатньо вивчено, однак відомо, що цей гормон має суттєвий вплив на продукцію лімфоцитів в селезінці, впливаючи на повноцінність клітинного імунітету (K. Dorshkind, N.D. Horsman, 2000).

При генералізації інфекційного процесу в умовах йодного дефіциту замикається своєрідний порочний цикл: початкова гіпотироксинемія призводить до недостатності імунної захисту, а виникла вірусна або бактеріальна інфекція, в свою чергу, негативно впливає на функціонування різних органів і систем, в тому числі щитовидної залізи, призводячи до посиленню дефіциту тиреоїдних гормонів.

В даний час вся територія України належить до зони йодного дефіциту – від легкої ступені на сході, півдні і в центральних областях, до середньої і важкої на заході країни (ВОЗ, 2001, 2007). Внаслідок цього практично у кожного дитини може розвинути прихована гіпотироксинемія через недостатнє надходження йоду для підтримки адекватного рівня синтезу тиреоїдних гормонів. Регіональне дослідження епідеміології йодного дефіциту, проведене в Луганській області в 2006-2008 роках, показало, що при невеликому дефіциті йоду в харчуванні (медіана йодури 83 мкг/л) кожен четвертий дитина молодшого шкільного віку має зоб (27%), у кожного десятого спостерігаються симптоми субклінічного гіпотиреозу (9,6%), у кожного другого відзначається напруження функціонування щитовидної залізи (ТТГ в межах 2,0-4,0 мЕд/л). Отримані дані свідчать про те, що у дітей з клінічними проявами йодного дефіциту достовірно збільшується частота респіраторних інфекцій.

Аналіз літературних даних і власні спостереження дозволяють



М.Е. Маменко

зробити висновок про те, що для забезпечення високої резистентності організму дитини до респіраторних інфекцій необхідним умовою є достатнє надходження йоду для адекватного тиреогенезу. Розв'язати цю проблему в масштабах країни можливо прийняттям закону про обов'язковий йодирований сіль. При відсутності відповідної нормативної бази альтернативою є профілактичний прийом монопрепаратів йодиду калію, таких як Йодомарин (компанія «Берлін Хемі», Німеччина). Профілактику потрібно проводити задовго до початку сезону частих вірусних інфекцій. Максимальний ефект спостерігається на фоні тривалого прийому фізіологічних добових доз йоду: 1/2 табл. Йодомарина-100 для дітей дошкільного віку, 1 табл. Йодомарина-100 для дітей 6-12 років, 1 табл. Йодомарина-200 для підлітків. Ефект такої тактики полягає в стабілізації тиреоїдного синтезу, що дозволяє регулювати ендокринний імунний відповідь при розвитку вірусної або бактеріальної інфекції.

3y

Йодомарин®

ЙОДОМАРИН - ЩОДНЯ ПОТРІБЕН ДЛЯ ЖИТТЯ!

Ліквідує дефіцит йоду

ВІДПУСКАЄТЬСЯ БЕЗ РЕЦЕПТУ

Йодомарин забезпечує повноцінний розумовий та фізичний розвиток дитини

№1

ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ПРЕПАРАТ І ЙОД В УКРАЇНІ