

Актуальные вопросы тиреологии

Научно-практическая конференция, приуроченная к 25-й годовщине аварии на ЧАЭС

В настоящее время во всем мире отмечается неуклонный рост распространенности заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), в том числе онкологических, что обусловлено в первую очередь неблагоприятной экологической обстановкой и дефицитом йода в окружающей среде. Весомой причиной роста заболеваемости патологией ЩЖ во многих странах мира и прежде всего в Украине стала авария на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС), которая произошла 26 апреля 1986 года. К предстоящей 25-й годовщине этого трагического события была приурочена научно-практическая конференция «Актуальные вопросы тиреологии», состоявшаяся 14-15 октября в Киеве. На этом мероприятии были рассмотрены ключевые вопросы эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики тиреоидной патологии и йододефицитных заболеваний, а также сделан акцент на масштабе вреда, который причинила здоровью населения нашей страны произошедшая 25 лет назад катастрофа.



Открыл конференцию президент Ассоциации эндокринологов Украины, академик НАМН Украины, член-корреспондент НАН Украины, директор ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Николай Дмитриевич Тронько. Он тепло поприветствовал участников мероприятия, прибывших со всех регионов Украины, и поблагодарил главных спонсоров конференции компании «Берлин Хеми», «Фармак» и «Никомед» за помощь в ее организации и проведении.

— В апреле следующего года исполняется 25 лет с момента аварии на ЧАЭС. Безусловно, это трагическое событие оставило неизгладимый след на состоянии здоровья населения Украины, и одним из его серьезных последствий стал значительный рост заболеваемости патологией ЩЖ. Сегодня мы хотим поделиться с практикующими врачами собственным опытом и представить результаты исследований, которые проводил наш институт на протяжении последних 25 лет по изучению распространенности заболеваний ЩЖ, эффективности различных методов диагностики и лечения тиреоидной патологии, включая злокачественные новообразования. За прошедшие годы нам удалось найти ответы на многие вопросы, касающиеся этиопатогенеза рака ЩЖ (РЩЖ), аутоиммунного тиреоидита, гипотиреоза и доброкачественных опухолей, и они обязательно прозвучат в докладах, которые будут представлены на этой конференции. Особое внимание будет уделено вопросам профилактики и лечения йододефицитных заболеваний. Нам также предстоит обсудить современные взгляды на оперативное лечение патологии ЩЖ, так как в этом вопросе остается еще немало дискуссионных моментов.

В открытии конференции принимал участие директор департамента по развитию медицинской помощи МЗ Николай Кузьмич Хобзей. В своем выступлении он также акцентировал внимание на серьезных последствиях аварии на ЧАЭС для здоровья населения Украины.

— 26 апреля 1986 года в нашей стране произошла одна из наиболее масштабных техногенных катастроф XX столетия — авария на ЧАЭС. Более 145 000 км² территории Украины, Беларуси и Российской Федерации было загрязнено радионуклидами, при этом пострадало около 5 млн человек, из которых 2,4 млн — жители Украины.



Последствия чернобыльской катастрофы дают о себе знать и в настоящее время. Так, особое беспокойство вызывает ухудшение состояния здоровья детей вследствие высокой заболеваемости патологией ЩЖ. Правительство Украины прилагает значительные усилия для совершенствования системы медико-санитарного обеспечения и социальной защиты населения, пострадавшего вследствие аварии на ЧАЭС, а также для мониторинга медицинских и демографических последствий этой катастрофы. Но следует признать, что ресурсы, необходимые для преодоления последствий техногенных катастроф такого масштаба, выходят далеко за пределы экономических и технологических возможностей отдельной страны и требуют объединения усилий мирового сообщества.

О динамике заболеваемости населения Украины патологией ЩЖ за период с 2000 по 2009 год рассказал заведующий научно-организационным отделом ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины», кандидат медицинских наук Анатолий Дмитриевич Чернобров.

— Согласно данным официальной статистики на сегодняшний день в Украине зарегистрировано свыше 3 млн случаев заболеваний эндокринной системы. В 2000 г. в структуре эндокринной заболеваемости тиреоидная патология составляла 50,5%, а в 2009 г. этот показатель снизился до 47,3%.

Определенные изменения произошли и в структуре заболеваний ЩЖ: уменьшилось относительное количество случаев зоба I-III ст. — с 81,9 до 66,3%, и в то же время увеличилось относительное количество случаев РЩЖ — с 1,1 до 1,7%, узлового зоба —

с 5,9 до 12,7%, тиреоидита — с 5,3 до 8,4%, гипотиреоза — с 3,4 до 7,9%, тиреотоксикоза — с 2,3 до 2,9%.

Заболеваемость диффузным зобом I-III ст. за этот период среди взрослых снизилась с 606,5 до 340 случаев на 100 тыс. населения, среди детей — с 1541 до 840,9 случаев на 100 тыс. В настоящее время на зоб I ст. приходится 81-87% всех случаев диффузного зоба. Снижение заболеваемости диффузным зобом является, по всей видимости, результатом реализации государственной (2002-2005 гг.) и региональных программ профилактики йододефицитных заболеваний.

В то же время увеличилась заболеваемость узловыми формами зоба среди взрослого населения — с 37,5 до 64,2 случаев на 100 тыс. Среди детского населения этот показатель снизился с 6,9 до 4,1 случаев на 100 тыс.

Произошло увеличение заболеваемости гипотиреозом как среди взрослого (с 12,5 до 18,8 случаев на 100 тыс.), так и среди детского населения Украины (с 2,8 до 6,3 случаев на 100 тыс.). В его этиологической структуре увеличилось относительное количество случаев послеоперационного гипотиреоза (с 37,5 до 44,0%), что связано с более частым проведением оперативных вмешательств по поводу патологии ЩЖ.

Заболеваемость тиреоидитом увеличилась среди взрослого населения (с 29,5 до 37 случаев на 100 тыс.) и снизилась среди детского (с 15,2 до 11,2 случаев на 100 тыс.).

Существенно возросла заболеваемость РЩЖ среди взрослого населения (с 3,3 до 5,4 случаев на 100 тыс.), тогда как среди детского населения этот показатель несколько снизился (с 0,16 до 0,09 на 100 тыс.). Очень высоким является удельный вес запущенных случаев РЩЖ: в целом по Украине 17,3%, в некоторых областях (Волынская, Закарпатская, Ивано-Франковская, Луганская) — свыше 30%.

Член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Игорь Васильевич Комиссаренко посвятил доклад проблеме выбора хирургической тактики при патологии ЩЖ.

— К основным патологическим состояниям и заболеваниям ЩЖ, которые подлежат хирургическому лечению, следует отнести тиреотоксикоз (диффузный токсический зоб (ДТЗ), многоузловой токсический зоб, токсическая аденома ЩЖ), узловые формы зоба (узловой и многоузловой коллоидный зоб, аденома ЩЖ), рак (папиллярный, фолликулярный, медулярный, анапластический) и тиреоидит (хронический аутоиммунный, острый гнойный).

Показаниями для хирургического лечения тиреотоксикоза являются:

- неэффективность тиреостатической терапии в течение 6-12 мес;
- невозможность обеспечить стойкую компенсацию заболевания большими дозами тиреостатиков;

— зоб больших размеров с компрессией органов шеи;

— токсическая аденома, многоузловой токсический зоб;

— тиреотоксикоз, осложненный мерцательной аритмией, офтальмопатией, гепатитом;

— осложнения медикаментозной терапии (непереносимость препаратов, развитие лимфопении);

— послеоперационный рецидив тиреотоксического зоба.



При ДТЗ рекомендовано выполнение субтотальной субфасциальной резекции ЩЖ по О.В. Николаеву с оставлением небольших (3-4 г) участков ткани ЩЖ вдоль трахеи.

Такое вмешательство позволяет оставить функционально активную ткань ЩЖ и сопровождается низкой частотой рецидивов. В случае рецидивирования ДТЗ выполняется тиреоидэктомия. Наличие многоузлового токсического зоба также является показанием к проведению тиреоидэктомии. При токсической аденоме следует выполнять гемитиреоидэктомию с обязательным удалением перешейки и резекцией прилегающей части противоположной доли ЩЖ.

Показания к хирургическому лечению очаговых форм патологии ЩЖ:

- цитологические:
 - карцинома, подозрение на карциному;
 - В-клеточная аденома;
 - аденома микрофолликулярного строения;

- клинические:
 - узлы больших размеров, вызывающие компрессию органов шеи и средостения;

- плотные, ограниченно подвижные узлы больше 25 мм в диаметре;

- рост узлов больше 5 мм за 6 мес;

- узлы, визуально деформирующие шею;

- канцерофобия.

Объем оперативного вмешательства при узловых формах зоба зависит от количества и локализации узлов. При солитарных или множественных узлах в пределах одной доли следует выполнять гемитиреоидэктомию с удалением перешейки и резекцией прилегающей части противоположной доли, при многоузловом зобе с поражением обеих долей — субфасциальную тиреоидэктомию.

В случае тиреоидита показаниями к хирургическому лечению являются:

- гипертрофическая форма хронического аутоиммунного тиреоидита с признаками компрессии органов шеи и/или подозрением на малигнизацию (тиреоидэктомия);

- острый абсцедирующий тиреоидит (вскрытие абсцесса).

Если за последние 15 лет количество операций, проведенных в нашем



институте по поводу узловых форм зоба, постепенно уменьшается, то число операций по поводу РЩЖ стремительно растет. Следует отметить, что в структуре злокачественных новообразований ЩЖ 88% случаев составляет папиллярный рак, 7% — фолликулярный, 4% — медулярный, 1% — анапластический. После катастрофы на ЧАЭС изменилась морфологическая структура и течение РЩЖ. Сегодня мы отмечаем следующие клиничко-морфологические особенности:

— более короткий латентный период развития РЩЖ (3-4 года);

— значительное преобладание высококодифференцированных папиллярных карцином фолликулярно-солидного строения;

— высокая агрессивность злокачественного процесса, что проявляется ранним регионарным метастазированием даже при наличии небольшого первичного очага, увеличением частоты мультифокального роста (41%), легочной диссеминацией;

— более высокая частота клинически скрытого РЩЖ, первым признаком которого становятся метастазы в регионарные шейные лимфоузлы.

Выбор хирургической тактики при РЩЖ зависит от его формы. При папиллярном и фолликулярном раке выполняется экстрафасциальная тиреоидэктомия с биопсией регионарных лимфатических узлов шеи и одно- или двусторонней диссекцией шеи по показаниям. При медулярном раке показана экстрафасциальная тиреоидэктомия со срединной диссекцией шеи, биопсия регионарных лимфатических узлов шеи и одно- или двусторонняя диссекция шеи по показаниям. При анапластическом раке также проводится тиреоидэктомия, в случае неоперабельной опухоли — декомпрессионная резекция, трахеостомия по показаниям.

Показанием для окончательной тиреоидэктомии после органосохраняющих операций по поводу папиллярных и фолликулярных форм РЩЖ являются размеры первичной опухоли свыше 2 см, наличие инвазии опухоли в капсулу железы, сосуды, мультифокальный рост опухоли, наличие фактора радиационного воздействия, возраст до 20 и старше 60 лет.



Доклад руководителя отдела детской эндокринной патологии ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины», доктора медицинских наук Елены Васильевны Большовой

был посвящен актуальным проблемам детской тиреоидологии. Особое внимание она уделила вопросам этиологии, патогенеза, диагностики и лечения гипотиреоза у детей.

— В зависимости от этиологии выделяют первичный гипотиреоз, гипотиреоз центрального генеза и периферический гипотиреоз. Первичный гипотиреоз в свою очередь разделяют на:

— врожденный (нарушение эмбрионального развития ЩЖ — аплазия, гипоплазия);

— обусловленный уменьшением количества функционирующей ткани ЩЖ (послеоперационный, пострадиационный, вызванный аутоиммунным или вирусным тиреоидитом);



Открытие конференции: Н.Д. Тронько, А.С. Ефимов

— обусловленный нарушением синтеза тиреоидных гормонов (эндемический зоб с гипотиреозом, спорадический зоб с гипотиреозом, медикаментозный гипотиреоз и др.).

Гипотиреоз центрального генеза может быть вторичным (нарушение выработки тиреотропного гормона, ТТГ) или третичным (дефицит тиреотропин-рилизинг-гормона).

Периферический гипотиреоз возникает вследствие нарушения транспорта, метаболизма и действия тиреоидных гормонов (генерализованная или частичная резистентность тканей к гормонам ЩЖ, быстрая инактивация циркулирующих в крови трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4) или ТТГ и т.д.). Гипотиреоз центрального генеза и периферический гипотиреоз могут быть как врожденными, так и приобретенными.

Снижение функции ЩЖ часто встречается у детей с соматотропной недостаточностью (с дефицитом соматотропина, ТТГ). Поэтому всем детям с отставанием в росте в обязательном порядке необходимо проводить исследование структуры и функции ЩЖ (УЗИ, определение уровня ТТГ, свободного Т4 и Т3). Нельзя забывать и о том, что важным условием эффективности заместительной терапии соматотропным гормоном является компенсация функции ЩЖ.

В случае врожденного гипотиреоза чрезвычайно важна максимально ранняя диагностика и своевременное назначение заместительной терапии L-тироксина, так как от этого зависит психическое и физическое развитие ребенка. Во всех цивилизованных странах скрининг врожденного гипотиреоза является обязательным компонентом программы скрининга новорожденных на наследственные заболевания. Скрининг врожденного гипотиреоза в нашей стране пока не охватывает всех новорожденных, поэтому распространенность запущенных форм гипотиреоза с поздно начатым лечением остается достаточно высокой. Поэтому детские эндокринологи и педиатры должны быть насторожены в отношении врожденного гипотиреоза и помнить о симптомах, наиболее характерных для этой патологии: большая масса тела при рождении (более 4 кг), безразличие ребенка к приему пищи и жидкости, слабый сосательный рефлекс или его отсутствие, большой язык, бледное отечное лицо, быстрая утомляемость, наличие пупочной грыжи, сухая, бледная и холодная на ощупь кожа, утолщенные края век, сниженные сухожильные рефлексы, более продолжительный сон, затянувшаяся желтуха, позднее отпадание пупочного канатика и т.д.

В периоде новорожденности дифференциальную диагностику врожденного гипотиреоза следует проводить с синдромом Дауна, рахитом, фенилкетонурией, желтухой различного

происхождения. В более старшем возрасте дифференциальную диагностику гипотиреоза проводят с заболеваниями, которые сопровождаются задержкой роста (гипофизарный нанизм, хондродистрофия, дисгенез половых желез, болезнь Пертеса, деформирующий остеохондрит).

Детям с диагностированным гипотиреозом необходимо как можно раньше назначить заместительную терапию препаратами L-тироксина. Доза препарата зависит от возраста: первые 6 мес жизни — 10-15 мкг/кг массы тела в сутки (25-50 мкг/сут), 6-24 мес — 8-10 мкг/кг в сутки (50-75 мкг/сут), дети 2-10 лет — 4-6 мкг/кг массы тела в сутки (75-125 мкг/сут), 10-16 лет — 3-4 мкг/кг массы тела в сутки (100-200 мкг/сут), старше 16 лет — 2-3 мкг/кг массы тела в сутки (100-200 мкг/сут).

Однако в ряде случаев терапия L-тироксина в дозе, рекомендованной для детей данного возраста, может быть неэффективной. В такой ситуации врач должен в первую очередь проверить правильность применения препарата, детально расспросив ребенка и родителей. Принимать L-тироксин следует натощак за 30-40 минут до приема пищи, не разжевывая и запивая небольшим количеством воды. Следует избегать одновременного приема L-тироксина с препаратами кальция и другими лекарственными средствами, нарушающими его всасывание в кишечнике (холестирамин, сульфатом железа и др.). Важно также уточнить срок годности принимаемого препарата.

Неэффективность терапии L-тироксина в дозе, рекомендованной для детей данного возраста, также может наблюдаться в определенных клинических ситуациях, сопровождающихся изменением потребности организма в L-тироксине. Потребность в более высокой дозе этого гормона отмечается при нарушении абсорбции препарата в кишечнике (заболевания тонкой кишки, перенесенные оперативные вмешательства на тонкой кишке, хроническая диарея, например при сахарном диабете), циррозе печени, приеме препаратов, увеличивающих выведение неметаболизированного Т4 (рифампицин, карбамазепин) или блокирующих конверсию Т4 в Т3 (амиодарон). Многие другие препараты также могут влиять на функцию щитовидной железы (йодсодержащие лекарственные средства, препараты лития, сульфаниламиды, салицилаты, β-блокаторы и др.), поэтому при их приеме также может потребоваться коррекция дозы L-тироксина. При выраженном ожирении доза препарата рассчитывается на идеальную массу тела (то есть потребность в тироксине на фактическую массу тела ниже, чем для детей того же возраста без ожирения).

Следует учитывать, что снижение абсорбции L-тироксина возможно и при использовании его таблетированных форм, содержащих лактозу. В последние годы появляются зарубежные публикации, посвященные сложностям, возникающим при проведении заместительной терапии вследствие развития диареи, связанной с приемом лактозосодержащих препаратов левотироксина. Вызванная лактозой диарея может приводить к нарушению всасывания левотироксина, резистентности к терапии и декомпенсации гипотиреоза (D. Karoog et al., 2003). Единственным в Украине препаратом тироксина, не содержащим лактозу, является L-тироксин компании «Берлин Хеми». Пациентов с непереносимостью лактозы обязательно необходимо переводить на прием не содержащего лактозу препарата L-тироксина. Для большей уверенности врача в эффективности назначаемой заместительной терапии целесообразно назначать безлактозный препарат L-тироксина всем пациентам. Рекомендация терапевтическая стратегия также позволит сузить поиск причин недостаточной эффективности лечения, если таковая будет иметь место, исключив из списка потенциальных факторов нарушение всасывания L-тироксина вследствие диареи, вызванной лактозной недостаточностью.



Руководитель отдела эпидемиологии эндокринных заболеваний и лабораторной диагностики и профилактики йододефицитных заболеваний ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ

им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Виктор Иванович Кравченко посвятил доклад проблеме йодного дефицита в Украине и аргументировал необходимость незамедлительного внедрения национальной программы профилактики йододефицитных заболеваний.

— В настоящее время в Украине нет действующей государственной программы по профилактике йододефицитных заболеваний, она разработана, но находится на рассмотрении в Кабинете Министров. Национальная программа наряду с региональными программами является очень важным шагом в преодолении йодного дефицита в нашей стране и профилактике йодозависимых заболеваний.

Исследования, проведенные нашим институтом, свидетельствуют о низкой обеспеченности йодом населения практически всех областей Украины. По нашим данным, дефицит йода имеет место даже среди населения г. Ялты. Медиана йодурии (показатель йодной обеспеченности) в западных областях составляет до 30 мкг/л, центральных — менее 60 мкг/л, на юге и востоке Украины — менее 100 мкг/л (медиана йодурии менее 100 мкг/сут свидетельствует о наличии дефицита йода в регионе).

Согласно рекомендациям ВОЗ, ЮНИСЕФ и МСКДЗ (2007) рекомендованные уровни потребления йода составляют: для детей до 6 лет — 90 мкг/сут, детей 7-12 лет — 120 мкг/сут, подростков (старше 12 лет) и взрослых — 150 мкг/сут, беременных и кормящих грудью женщин — 250 мкг/сут. В продуктах, которые ежедневно употребляет среднестатистический украинец, не содержится достаточного количества йода.

Продолжение на стр. 64.

Актуальные вопросы тиреологии

Научно-практическая конференция, приуроченная к 25-й годовщине аварии на ЧАЭС

Продолжение. Начало на стр. 62.

Длительный дефицит йода может приводить к возникновению и прогрессированию зоба: диффузный эутиреоидный зоб → многоузловой (узловой) эутиреоидный зоб (без автономии) → многоузловой (узловой) эутиреоидный зоб (компенсированная автономия) → многоузловой (узловой) токсический зоб (компенсированная автономия). Доказана также связь между йододефицитом и развитием таких заболеваний ЩЖ, как аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, рак.

Следствием йододефицита являются также нарушения, обусловленные недостаточностью тиреоидных гормонов, прежде всего нарушения физического и психического развития и всех видов метаболизма. Последствиями дефицита йода в антенатальном периоде являются: высокая перинатальная смертность, врожденные пороки развития, неврологический кретинизм, повышенная чувствительность ЩЖ к радиационному облучению. При недостаточном поступлении йода в организм ребенка отмечается отставание в психическом и физическом развитии, может развиваться субклинический гипотиреоз. У взрослых при дефиците йода снижаются умственные способности и физическая работоспособность, может развиваться субклинический гипотиреоз или напротив, гипертиреоз. У женщин репродуктивного возраста йодная недостаточность приводит к бесплодию и невынашиванию беременности.

Но все же в первую очередь дефицит йода оказывает негативное влияние на формирование центральной нервной системы плода и ребенка первых лет жизни, нарушая миграцию нейронов, рост и разветвление дендритов, образование синапсов, вызывая тем самым необратимые изменения. Даже при незначительном йодном дефиците происходит снижение интеллекта населения страны в среднем на 10-15 пунктов IQ. При этом согласно показателям йодурии беременные женщины в большинстве регионов Украины находятся в условиях йодной недостаточности, вследствие чего у значительной части из них при обследовании выявляют патологию ЩЖ и нарушения течения беременности.

Таким образом, необходимость внедрения национальной и региональных программ по профилактике йодной недостаточности и йододефицитных заболеваний не вызывает сомнений. Впервые государственная программа в нашей стране была принята в 2002 году (на 2002-2005 гг.). Она не решила всех проблем, однако позволила значительно повысить потребление йодированной соли населением нашей страны (с 5 до 31% домохозяйств). Спустя несколько лет после того, как была принята государственная программа, в нашей стране увеличилось количество населенных пунктов с нормальным йодным обеспечением (медиана йодурии более 100 мкг/л).

Основным способом решения проблемы йододефицитных заболеваний

должно быть внедрение массовой профилактики путем употребления йодированной соли, а в группах риска (беременные, дети раннего возраста) — дополнительный прием препаратов йода. Одной из приоритетных задач на ближайшее будущее в борьбе с йододефицитом и обусловленными им заболеваниями является просветительская работа с населением относительно необходимости потребления йодированной соли. Сегодня, к сожалению, большинство украинцев даже не знают о существовании проблемы йодного дефицита.



Заведующая кафедрой педиатрии факультета последипломного образования Луганского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук Марина Евгеньевна Маменко рассказывает

о проблеме йодного дефицита в Луганской области и продемонстрировала возможные пути ее решения.

— Традиционно восточный регион Украины считается эндемическим по йододефициту. Согласно данным официальной статистики распространенность диффузного нетоксического зоба у детей 7-14 лет в восточных областях нашей страны ниже эпидемического порога (5%), в Луганской области, например, она составляет 1,57%. Однако эти данные совершенно не отражают реальную ситуацию с обеспеченностью йодом и распространенностью тиреоидной патологии в нашем регионе, так как официальная статистика учитывает в основном только те случаи диффузного зоба, с которыми пациенты обращаются к специалистам.

В течение последних 7 лет наша кафедра выполнила две бюджетные программы по изучению йодной обеспеченности населения восточного региона Украины. Исследование, проведенное в 2005-2008 гг., было спланировано полностью в соответствии с критериями ВОЗ 2001 года, которые дают возможность объективно оценить степень йододефицита в определенном регионе. Это было 30-кластерное исследование с участием детей 6-10 лет (n=936), проведенное на базе общеобразовательных школ Луганской области. Методы исследования включали анкетирование семей, антропометрию, пальпаторное и ультразвуковое исследование ЩЖ, определение суточной йодурии у детей, проведение качественной реакции на йодированную соль. Учитывались данные мониторинга загрязнения окружающей среды. Полученные результаты мы сравнивали с нормативами ВОЗ 2001 года. Медиана йодурии у исследуемых детей составила 83 мкг/л, что по критериям ВОЗ 2001 г. соответствует йододефициту легкой степени (50-99 мкг/л). Частота зоба, наличие которого определяли по соотношению объема ЩЖ по данным УЗИ к площади поверхности тела, среди обследованных детей составила 27,7%, что свидетельствует о наличии в регионе йододефицита умеренной степени (20-29,9% случаев). А если произвести пересчет в соответствии с новыми критериями ВОЗ для определения степени зоба (2007), то

его частота достигает 48,7%, что соответствует тяжелой степени йододефицита.

Одной из причин высокой заболеваемости тиреоидной патологией населения Луганской области является неблагоприятная экологическая ситуация. Так, более высокая частота зоба отмечается в промышленных (27%) и шахтерских районах области (32,8%), где медиана йодурии у детей составила 83 мкг/л и 88 мкг/л соответственно. В относительно экологически чистых сельскохозяйственных районах, расположенных на севере и западе области, значительно хуже оказалась ситуация с обеспеченностью йодом. Медиана йодурии у сельских школьников составила 68,5 мкг/л. А результаты анкетирования показали, что население этих районов не обеспечено морепродуктами и не употребляет йодированную соль для домашней консервации из-за опасения снизить качество продукции. Частота употребления в пищу йодированной соли в исследуемых кластерах колебалась от 0 до 68%. При этом в большинстве кластеров этот показатель находился в диапазоне 10-20%, что свидетельствует о чрезвычайно низком уровне потребления йодированной соли.

Почему большинство украинцев не употребляют йодированную соль? У большей части населения нашей страны укрепилось мнение о неэффективности использования йодированной соли в качестве профилактики йододефицитных заболеваний, в связи с тем что йод из нее быстро улетучивается. Также многие украинцы считают, что йодированная соль портит вкус и запах продуктов, что ее невозможно использовать для консервирования. Действительно, для соли, йодированной с помощью калия йодида, характерны перечисленные недостатки, однако ими не обладает соль, йодированная калия йодатом (более стабильное соединение). И такая соль в Украине есть. Например, на государственном предприятии «Артемсоль» йодирование соли осуществляется исключительно калия йодатом в соответствии с рекомендациями ВОЗ и ЮНИСЕФ.

Только в морепродуктах содержится достаточное для обеспечения суточной потребности человека в йоде количество данного микроэлемента. Однако в нашей стране нет традиции регулярного употребления этих продуктов питания. По данным проведенного нами анонимного анкетирования городского населения, только 2% родителей ежедневно дают ребенку морепродукты, 10,8% — 3-4 раза в неделю, 15,2% — 1-2 раза в неделю, 43% — не чаще 1 раза в неделю, 29,4% не употребляют морепродукты вообще. В сельских регионах половина населения не употребляет морепродукты.

В рамках нашего исследования у каждого десятого ребенка независимо от размеров ЩЖ мы также проводили оценку функционального состояния гипоталамо-тиреоидной системы с помощью определения уровня ТТГ. Оказалось, что у 9,1% детей уровень ТТГ соответствовал критериям субклинического гипотиреоза (4,0 < ТТГ < 10,0 мМЕ/л), у 43,8% — минимальной тиреоидной недостаточности (2,0 < ТТГ < 4,0 мМЕ/л), и только у 47,1% был выявлен нормальный уровень этого гормона (0,4 < ТТГ < 2,0 мМЕ/л). Считается, что в странах с адекватным йодным обеспечением у 95% населения уровень ТТГ

Йодомарин®

ЙОДОМАРИН - ЩОДНЯ ПОТРІБЕН ДЛЯ ЖИТТЯ!

Ліквідує дефіцит йоду





Йодомарин® 200

Засіб для лікування та профілактики станів, пов'язаних з дефіцитом йоду

Йодомарин забезпечує повноцінний розумовий та фізичний розвиток дитини



Йодомарин® 100

Засіб для лікування та профілактики станів, пов'язаних з дефіцитом йоду

ВІДПУСКАЄТЬСЯ БЕЗ РЕЦЕПТУ

№1

ПРОФИЛАКТИЧНИЙ ПРЕПАРАТ ЙОДУ в Україні



BERLIN-CHEMIE MENARINI

находится в диапазоне 0,4-2,0 мМЕ/л. Результаты нашего исследования свидетельствуют о напряженном функционировании ЩЗ у половины детей в регионе.

Одним из основных критериев эффективности программ профилактики йододефицита считается уровень йодного обеспечения беременных женщин и новорожденных детей. В 2010 году в пределах области мы проводили массовую просветительскую кампанию среди населения, а также образовательную работу с педиатрами и акушерами-гинекологами. Если ранее частота потребления йодированной соли беременными в нашей области составляла 18%, то после проведения просветительской работы она возросла до 36,9%. Однако сделать вывод об эффективности профилактики можно только в том случае, когда этот показатель достигнет 95%. В настоящее время медиана йодурии у беременных в регионе составляет 67 мкг/л при рекомендованном диапазоне 150-250 мкг/л. На основании полученных нами данных можно утверждать,

что у беременных женщин Луганской области имеет место йодный дефицит средней степени.

Наиболее чувствительным маркером первичного врожденного гипотиреоза является уровень ТТГ у новорожденного. Определение этого показателя с 2006 года включено в национальную программу неонатального скрининга. О транзиторной гипертиреотропинемии свидетельствует уровень ТТГ от 5 до 20 мМЕ/л. Такой уровень ТТГ в странах с адекватным йодным обеспечением встречается не более чем у 3% новорожденных. Диагностически значимым для выявления гипотиреоза (врожденного или транзиторного) является уровень ТТГ 20 мМЕ/л и более. В Луганской области транзиторная гипертиреотропинемия (5 мМЕ/л < ТТГ < 20 мМЕ/л) выявляется у 26% новорожденных, гипотиреоз (ТТГ > 20 мМЕ/л) — у 2%. Эти результаты являются отражением йодного дефицита у беременных женщин.

Согласно современным рекомендациям женщины, планирующие беременность, беременные и кормящие

грудью должны обязательно получать препараты калия йодида (например, Йодомарин 200 по 1 таб. в сутки) независимо от употребления йодированной соли. Индивидуальную профилактику препаратами йода должны также получать дети младше 2 лет (критический период развития ЦНС), так как в этом возрасте невозможно обеспечить достаточное поступление йода с помощью йодированной соли. Детям раннего и дошкольного возраста назначают Йодомарин 100 по 0,5-1 таб. 1 раз в сутки; детям младшего школьного возраста (6-12 лет) — Йодомарин 100 по 1 таб. в сутки; подросткам — Йодомарин 200 по 1 таб. в сутки.

Обязательная йодная профилактика показана также детям с диффузным нетоксическим зобом. Проведенное нами исследование показало, что ежедневный прием препарата Йодомарин в дозе 100 мкг на протяжении 12 месяцев привел к нормализации размеров ЩЖ у большинства детей с эндемическим зобом. Краткосрочный прием препарата (3 мес) в такой же

дозе не продемонстрировал столь высокой эффективности.

В заключение хочу отметить, что решение проблемы йододефицитных заболеваний невозможно без принятия законодательных решений на государственном уровне и жесткого контроля их исполнения. Оптимальным путем является принятие закона об обязательном йодировании пищевой соли. В настоящее время мы не имеем возможности обеспечить употребление исключительно йодированной соли в отдельно взятой области в связи с отсутствием соответствующей законодательной базы. Сегодня мы рекомендуем использование исключительно йодированной соли в организованных коллективах (детские сады, школы, лечебные учреждения), а также обязательное применение препаратов йода у отдельных категорий населения (женщинам на этапе планирования беременности, во время всего периода беременности и кормления грудью, детям младше 2 лет).

Подготовил **Вячеслав Килимчук**



Проблема йододефицита в Украине: что мешает ее решению?

По материалам IV Национального конгресса по биоэтике

20-23 сентября 2010 года под патронатом Министерства здравоохранения, Национальной академии наук и Национальной академии медицинских наук Украины в Киеве состоялся IV Национальный конгресс по биоэтике. В течение четырех дней ведущие ученые и специалисты в области медицины, философии и права, представители различных религиозных конфессий, средств массовой информации и общественных организаций из Украины, США, Израиля, Швейцарии, России, Беларуси, Польши, Чехии, Словакии, Эстонии обсуждали ключевые проблемы биоэтики: ее влияние на общественную мораль и право, этические проблемы нано- и биотехнологий, этические проблемы проведения биомедицинских и клинических исследований и др.

Проводившийся в рамках конгресса международный семинар «Утраченные возможности в области охраны здоровья матери и ребенка» был посвящен проблеме йодного дефицита в Украине и его последствий для физического, интеллектуального развития и состояния здоровья населения страны.

Семинар открыл **руководитель отдела эпидемиологии эндокринных заболеваний и лаборатории диагностики и профилактики йододефицитных заболеваний ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ НАМН Украины им. В.П. Комиссаренко», доктор медицинских наук, профессор Виктор Иванович Кравченко**, осветивший вопросы эпидемиологии йодного дефицита в Украине. Докладчик, ссылаясь на данные общенациональных скрининговых исследований, отметил, что дефицит йода является популяционной проблемой для всех без исключения регионов Украины. Несмотря на то что предпринимаемые в последние годы усилия позволили несколько улучшить йодное обеспечение населения, преимущественно в традиционно эндемичных западных областях страны, проблема в целом остается далекой от решения. Наиболее уязвимыми для йододефицитных заболеваний по-прежнему остаются беременные, кормящие женщины и дети раннего возраста. Медиана йодурии у беременных в большинстве регионов Украины не достигает уровня 100 мкг/л, в то время как оптимальным для данной категории населения является показатель 250 мкг/л в сутки.

Вопросам последствий такой ситуации для населения Украины посвятил свой доклад один из ведущих специалистов

Международного совета по контролю за йододефицитными заболеваниями, **заведующий лабораторией питания человека Института питания, нутрициологии и здоровья г. Цюриха Михаэль Циммерманн (Швейцария)**. На примере исследований, проведенных в целом ряде стран с разным уровнем социально-экономического развития, М. Циммерманн продемонстрировал рост частоты бесплодия, преждевременного прерывания беременности, нарушений внутриутробного развития, высокой частоты тиреоидной и ассоциированной с ней нетиреоидной патологии в разных возрастных группах в условиях неликвидированного йодного дефицита. Был проанализирован опыт ликвидации дефицита йода путем всеобщего обязательного йодирования соли, употребляемой в пищу населением. На примере Швейцарии, значительная часть территории которой расположена в Альпах, где дефицит йода признан природным феноменом более 100 лет назад, продемонстрирована эффективность программ йодной профилактики. В настоящее время уровень йодирования соли в этой стране не только позволяет проводить эффективную профилактику эндемического зоба у детей и кретинизма у новорожденных, но и обеспечивает поступление адекватного количества йода в организм беременной. Однако обеспечение новорожденных и детей первых двух лет жизни данным эссенциальным микроэлементом все еще остается проблематичным, поскольку в их рационе соль отсутствует или применяется в ограниченном количестве. В связи с этим рассматриваются возможности дотации йода в рацион кормящей матери и обогащение им адаптированных молочных смесей

для детей, находящихся на искусственном и смешанном вскармливании. Завершил доклад Михаэль Циммерманн известным высказыванием Генри Лабуисса (исполнительного директора Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) с 1965 по 1979 г.): «Было бы преступлением, если бы мы позволили еще одному ребенку родиться умственно неполноценным, поскольку знаем, как это предотвратить!»

Фритц Ван дер Хаар, консультант ЮНИСЕФ по вопросам ликвидации йодного дефицита (Институт глобальных проблем питания, США), предоставил информацию о результатах первых 20 лет активных действий мировой общественности, направленных на борьбу с дефицитом йода как проблему в глобальном масштабе. Употребление йодированной соли в мире в целом возросло с 20% в начале 90-х до 70% к концу 2007 года. В 120 странах приняты на законодательном уровне решения, направленные на борьбу с йододефицитными заболеваниями у населения. 34 государства полностью решили проблему профилактики йододефицитных заболеваний на своей территории (более 90% населения этих стран употребляет исключительно йодированную соль). Еще 28 стран приближаются к данному показателю. К сожалению, Украина относится к числу пяти стран с самым низким уровнем решения проблемы (наряду с Пакистаном, Гамбией, Гвинеей-Бисау и Гаити). Лишь две европейские страны до сих пор не имеют национальных программ профилактики йодного дефицита — Украина и Россия. Только 18% наших соотечественников, по данным ООН, употребляют в пищу йодированную соль. Это наихудший показатель в Европе.

В своих выступлениях специалисты из разных областей Украины (В.И. Боцюрко, Ивано-Франковск; Н.В. Тананакина, Днепропетровск; М.Е. Маменко, Луганск; В.Г. Пирогова, Закарпатье и др.) продемонстрировали сохраняющуюся остроту проблемы йодного дефицита для разных регионов Украины. В докладах

авторы продемонстрировали эффективность применения средств массовой и индивидуальной профилактики йододефицита не только для снижения частоты зоба у населения разных регионов страны, но и для улучшения течения беременности, постнатального периода у новорожденного, памяти, внимания и других когнитивных функций у детей разных возрастных групп.

Несмотря на то что в выступлениях участников круглого стола обсуждались различные способы профилактики йодного дефицита (йодированный хлеб, вода, биодобавки из морских водорослей и др.), специалисты пришли к единому мнению, что наиболее эффективным для массовой профилактики остается применение адекватно йодированной соли, а для индивидуальной — монопрепаратов калия йодида. Особенно актуальным остается применение последних у беременных и кормящих женщин, возросшую потребность в йоде которых сложно удовлетворить применением лишь йодированной соли.

Главный вывод, к которому пришли участники международного семинара: йодный дефицит является общенациональной проблемой, для решения которой необходимо принятие законодательных решений, направленных на проведение массовых профилактических мероприятий. Отсутствие в Украине национальной программы профилактики йодного дефицита, базирующейся на международном опыте и рекомендациях международных экспертных организаций, делает население страны беззащитным перед угрозой развития целого спектра йододефицитных заболеваний и приводит к снижению интеллектуального потенциала страны в целом. Данные положения нашли свое отражение в резолюции IV Национального конгресса по биоэтике, которая была единогласно одобрена всеми участниками. Остается надеяться, что позиция ученых будет услышана законодателями и Украина сделает шаг вперед к решению одной из наиболее социально-значимых проблем в области здравоохранения.

