

# Йододефіцит: єсть ли рішення проблеми?

**Проблема йододефіциту є однією з животрепетущих тем сучасного здоров'я. Через 20 років після початку глобальної боротьби з дефіцитом йоду людство досягло значительних успіхів: кількість держав, де для громадського здоров'я є проблема йоду, скоротилась більше ніж наполовину. Однак у багатьох регіонах споживання йоду є низьким або незрозумілим. Почти третина людства все ще не отримує достатньої кількості йоду, зокрема жителі Північно-Східної Азії, європейського регіону (в тому числі й України) і західної частини Океанії. Про проблему профілактики захворювань, спричинених йододефіцитом, ми попросили розповісти доктора медичних наук, професора кафедри акушерства і гінекології № 1 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика Тамару Григорівну Романенку.**

— Наскільки гостро стоїть проблема йододефіциту в світі?

— По даним Всесвітньої організації здоров'я (ВОЗ), патологічні стани, спричинені дефіцитом йоду, займають третє місце серед 38 найбільш поширених неінфекційних захворювань людини. Почти 2 млрд осіб на Землі проживають в умовах йодного дефіциту. Найближчим до 740 млн осіб (близько 15% населення) діагностовано зоб (WHO, 1999). Зниження функціонування ЦНС різної ступені є результатом йодного дефіциту: виявлено у 20 млн осіб, з них у 6 млн — кретинізм (WHO, 1993).

У 1991 г. ВОЗ прийняла рішення ліквідувати йододефіцитні захворювання як проблему здоров'я до 2000 г. ВОЗ і ЮНІСЕФ рекомендували масову йодну профілактику як один із найважливіших методів боротьби з йодною недостатністю. Близько проведення активних заходів по йодній профілактиці вже в 2005 г. кількість країн, де йододефіцит є проблемою здоров'я, зменшилось вдвічі (доклад ВОЗ A58/23 від 18.04.05). Так, в Австрії в результаті йодної профілактики поширеність ендемічного зоба у школярів знизилась з 45-47% в 1924 г. (G. Galvan, 1993) до менше ніж 5% в 1994 г. (P. Lind et al., 2002), що свідчить про відсутність йодного дефіциту в цій країні.

— Можливо ли похвалитись такою вражаючою статистикою в Україні?

— В країнах колишнього СРСР після того, як масова йодна профілактика була введена, збільшилась частота зобів і були зафіксовані випадки ендемічного кретинізму, у 655 млн осіб діагностовано зоб, у 11,2 млн — ендемічний кретинізм, у мільйонів людей спостерігаються легкі психомоторні порушення. В кінці 2002 г. за участі МЗ України, АМН України, Державного комітету статистики і за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) було проведено національне дослідження поширеності йододефіциту в 22 регіонах України. Згідно з результатами в Україні виявлено легку йодну недостатність. Таким чином, в нашій країні не існує територій, де населення не піддається ризику розвитку йододефіцитних станів. Також відомо, що висока поширеність зобів у дітей. У 2002 г. за 5 років в Україні кількість операцій на щитовидній залозі зросло в 3,5 рази, а кількість дітей з патологією, спричиненою йододефіцитом, — в 3 рази.

— Які заходи вживаються сьогодні в Україні для боротьби з йододефіцитом і які результати?

— У вересні 2002 г. Кабінетом Міністрів України була затверджена Державна програма профілактики йодного дефіциту населення (Постанова Кабінету Міністрів України № 1418 від 26 вересня 2002 р.). Дієєює Межгалуєвоє комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002-2011 гг.

К сожалению, с 2003 г. епідеміологієські дослідження, подібні до описаного раніше, в нашій країні не проводились. В зв'язі з цим важко оцінити ефективність прийнятих заходів. По думці лідерів експертів в області ендокринних порушень, для оцінки реальної ситуації в країні в відношенні йододефіциту і ефективності проводимих профілактичних заходів необхідно не рідше одного разу в 5-10 років проводити епідеміологієські дослідження екскреції йоду з мочою кількісним методом з використанням сертифікованих методик і апаратури. К сожалению,

в настоящее время проведение таких исследований ограничено, так как требует определенных финансовых затрат, которые не предусмотрены Государственной программой профилактики йододефицитных заболеваний в Украине.

Тем не менее можно с уверенностью сказать, что дефицит йода по-прежнему остается острой проблемой здоровья наших граждан. Результаты исследований, которые периодически проводятся в Украине (исследование «Профили», 2006), свидетельствуют, что ситуация кардинально не изменилась: по всем основным индикаторам профилактика недостаточности йода так и не достигла цели. По данным Госкомстата, в Украине ежегодно рождается 426 тыс. детей, 8% из которых от матерей, испытывающих йододефицит. Таким образом, в стране ежегодно рождается 34 275 детей со сниженным интеллектом. Общая потеря IQ составляет 46 270 единиц. По прогнозам, за следующие 10 лет из-за йодного дефицита родится 6 тыс. детей с кретинизмом и 18 тыс. умственно отсталых. 320 тыс. детей будут испытывать трудности в учебе в школе. Ежегодная потеря IQ составит 463 тыс. баллов, что эквивалентно потере около 3100 гениев.

— Порушення інтелекту (в частині, кретинізм) — однією з наслідків йододефіциту, яке впливає на слух. Чи є це патологією, спричиненою йододефіцитом, чи є це лише проявом інтелектуального дефіциту?

— Йод — мікроелемент, дефіцит якого не завжди має виражений характер. Спектр йододефіцитних захворювань безумовно широкий. В 1990 г. ВОЗ визначила, що до нього належать: зоб, низькорослість, глухонемота, умствена відсталість і ряд інших. Особливості проявів йододефіциту залежать від віку. Для плода і новонародженого характерні висока смертність, вроджені пороки розвитку, вроджений гіпотиреоз, при важкому дефіциті йоду — ендемічний кретинізм (комбінація умственої відсталості, глухонемоти і косоглазії). Для дітей і підлітків — це затримка фізичного розвитку, юнацький гіпотиреоз, погіршення фізичних і інтелектуальних здібностей, складності при навчанні в школі, висока захворюваність і схильність до хронічних захворювань, у дівчаток-підлітків — порушення становлення репродуктивної системи. У дорослих йододефіцит може проявлятися гіпотиреозом або тиреоїдним кретинізмом, зниженням фізичної і інтелектуальної працездатності, прогресивним атеросклерозом, ризиком народження дитини з ендемічним кретинізмом.

У жінок репродуктивного віку можливі самопроизвольні аборт, мертвородження, безпліддя, важке перебіг вагітності, анемія.

Зниження рівня йоду в крові в період вагітності і безпосередньо перед нею може призвести до збільшення щитовидної залози матері, відносно низькому рівню тиреоїдних гормонів і формуванню зоба як у матері, так і у дитини. Головною функцією гормонів щитовидної залози на внутрішньому етапі розвитку є диференціювання тканин, зокрема нервової, серцево-судинної і опорно-двигальної систем. Щитовидна залоза дитини починає виробляти гормони лише з 12-ї тижня внутрішнього розвитку. До цього часу в найбільш важливий для формування мозку період плод знаходиться під впливом гормонів матері, яких повинно бути достатньо. Після 12-ї тижня щитовидна залоза плоду активно використовує йод, який поступає з організму матері через плаценту, для формування власних гормонів. Вони беруть участь у формуванні і диференціації основних

структур мозку, в тому числі відповідають за моторні функції і інтелектуальний потенціал дитини.

— Як проблему йодного дефіциту розв'язують у всьому світі?

— Проблема йододефіциту — це завдання державного масштабу. В більшості країн світу проводиться масова йодна профілактика з використанням йодированої солі. Необхідною умовою адекватної масової йодної профілактики є те, що вся сіль, що поступає в продаж і використовується в промисловості, повинна бути йодированою.

Однак масова профілактика має ряд особливостей, які зазвичай не дозволяють в повній мірі досягти бажаного результату. По експертній оцінці, представленій в офіційних докладах ВОЗ, частота жителів країни, регулярно використовують домашню йодировану сіль, не перевищує 20-25%. Важливим фактором недостатньої ефективності йодированої солі є низький рівень інформованості населення, серед якого навіть лікарі не завжди знають елементарні правила її застосування в побуті. Необхідно постійно використовувати тільки йодировану сіль, при цьому дотримуватись умов зберігання.

Другим елементом сучасної стратегії боротьби з йододефіцитом є організація групової йодної профілактики (з використанням таблетованих лікарських препаратів, що містять фіксовані, фізіологієські адекватні дози йоду), а також максимальне вовлечення широкого кола осіб, які потребують в ній, до складання групи ризику:

- населення, яке піддалось впливу радіоактивного йоду;
- вагітні;
- годуючі груддю жінки;
- діти, які перебувають на штучному вигодовуванні;
- діти раннього віку (відлучені від груді, але не отримуєтьє обогаченні йодом суміші до 1 року, а в подальшому — з 1 року до 4 років — не використовують йодироване коров'яче молоко);
- діти дошкільно-школьного віку (часто болячі, при будь-яких формах затримки фізичного розвитку, при неблагополучній спадковості по ендемічному зобу);
- підлітки в період статевозрілості (особливо дівчат) до завершення пубертату, а на практиці — з 11-12 до 16-18 років безперервно.

Третім базовим елементом є індивідуальна йодна профілактика, яка проводиться за рекомендаціями у кожного конкретного пацієнта.

— Які препарати найбільш ефективно використовувати для індивідуальної і групової профілактики йододефіциту?

— Препарати, які застосовують для профілактики йодного дефіциту, повинні містити строго визначену дозу йоду в кожній таблетці, щоб забезпечити потребу людей різного віку. Для групової і індивідуальної йодної профілактики різних категорій населення можна використовувати препарат Йодомарин компанії «Берлін-Хемі Менаріні». Таблетка містить 100 або 200 мг йодиду калію, і її прийом дозволяє забезпечити добову потребу в цьому мікроелементі для людей різного віку.

Згідно з рекомендаціями ВОЗ (2007), ЮНІСЕФ і Міжнародного ради по контролю за йододефіцитними захворюваннями (ICCIDD) доза йоду становить:



Т.Г. Романенко

- діти дошкільного віку — 90 мг/сут;
- діти шкільного віку — 120 мг/сут;
- дорослі — 150 мг/сут;
- вагітні і годуючі груддю — 250 мг/сут.

Допустима добова доза йоду в країнах Європи: у дітей 1-3 років — 200 мг; 4-6 років — 250 мг; 7-10 років — 300 мг; 11-14 років — 450 мг; 15-17 років — 500 мг; у дорослих — 600 мг.

— Які результати застосування препаратів йоду в вашій практиці?

— Ми провели дослідження з участю 100 вагітних, проживають в Київській області. Всі пацієнтки були розподілені в дві групи: I — 50 вагітних, які з перших термінів вагітності профілактично отримували препарат Йодомарин в добовій дозі 200 мг; II — 50 вагітних, які не отримували профілактичну терапію йодидом калію. Було проведено необхідні дослідження стану здоров'я вагітної і плоду.

При порівнянні результатів дослідження функції щитовидної залози і фетоплацентарного комплексу визначено тенденцію до зниження рівня тиреоїдних гормонів у вагітних з низьким рівнем гормонів фето-плацентарного комплексу, що свідчить про кореляційну зв'язь рівня гормонів щитовидної залози і фето-плацентарного комплексу. В період вагітності формується особлива система плацентарно-щитовидної залози, а регуляція метаболізму тиреоїдних гормонів залежить від функціонального стану фето-плацентарного комплексу і навпаки.

При зниженні рівня тиреоїдних гормонів при вагітності ризик розвитку плацентарної дисфункції різко зростає. Профілактичне застосування Йодомарину в період вагітності значно знижує ризик розвитку цього ускладнення вагітності.

— Які рекомендації можна дати клініцистам, які спостерігають перебіг вагітності, з метою профілактики йододефіциту?

— Йодну профілактику слід призначати на етапі прегравідарної підготовки і продовжувати в період вагітності і в період лактації в формі препаратів йодиду калію (Йодомарин) в дозі 200 мг/сут. Вагітним жінкам не слід призначати йодосодержачі біологієські активні добавки з метою індивідуальної йодної профілактики.

Важливою антитезою тиреоїдній пероксидазе не є прийом протипоказаних до призначення йодиду калію, але потребує динамічного контролю функції щитовидної залози на протязі вагітності. Протипоказаним для призначення індивідуальної йодної профілактики в період вагітності є тиреоїдотоксикоз.

В перелік обов'язкових методів медичного дослідження з метою виявлення тиреоїдної патології в період вагітності слід включити УЗІ щитовидної залози, визначення рівня тиреоїдного гормону, вільного Т<sub>4</sub>, також необхідна консультація ендокринолога.

Для покращення акушерських і перинатальних результатів у вагітних, які проживають в регіоні природного йодного дефіциту, слід здійснювати йодну профілактику на протязі вагітності і всього періоду лактації, яка передбачає щоденний прийом 200 мг йодиду калію (Йодомарин).

Підготував Олександр Мазуренко