

Йододефицитные заболевания у детей: Взгляд педиатра

Не секрет, что в выявлении патологии детского возраста основная роль принадлежит педиатру и семейному врачу. Однако в современных условиях заболевания часто протекают под различными масками, и в условиях дефицита времени врачи не всегда обращают внимание на симптомы, которые в последующем могут привести к серьезным последствиям, в первую очередь это касается эндокринологической патологии и нарушений обмена веществ и микроэлементов.

О проблемах выявления и профилактики йододефицитных заболеваний (ЙДЗ) на первичном уровне оказания медицинской помощи, рассказывает доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педиатрии ФПО ГУ «Луганский государственный медицинский университет» Марина Евгеньевна Маменко.



М.Е. Маменко

Массовая профилактика в стране: миф или реальность?

Прежде всего, несколько слов об оп-ределениях. Как известно, существует три основных вида йодной профилакти-ки: массовая, индивидуальная и группо-вая. Все они направлены на дополни-тельное введение йода в организм чело-века, проживающего в йододефицитном регионе. Поскольку проблема йодного дефицита носит глобальный характер, наиболее эффективной в мире признана массовая («немая») профилактика. Она состоит в том, что все население йодо-дефицитного региона постоянно ис-пользует йодированную соль в качестве универсального носителя йода. Главным преимуществом такого подхода являет-ся поступление йода в профилактичес-кой дозе в организм каждого жителя страны независимо от его интеллекту-ального, образовательного и материаль-ного уровня.

Международный опыт свидетельствует о том, что для введения массовой профи-лактики необходима всеобщая йодиза-ция соли в стране, что требует принятия соответствующих законодательных ак-тов. Именно таким путем пошли прави-тельства 120 из 130 стран, в которых, как и в Украине, существует проблема йодно-го дефицита в масштабах популяции. В настоящее время никаких законов, направленных на ликвидацию йодного дефицита, в Украине нет, следовательно, и говорить о проведении массовой йод-ной профилактики не приходится.

Безусловно, йодированная соль есть в продаже, но ее покупка остается правом свободного выбора. На государственном уровне частоту использования йодиро-ванной соли, как и других профилакти-ческих средств, никто не контролирует. Есть результаты опросов и отдельных исследований. Так, по данным Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), частота при-менения йодированной соли в Украине не превосходит 18%. Это наихудший по-казатель в Европе, а в мировом рейтинге стран, имеющих проблему йодного де-фицита, по частоте употребления данно-го профилактического продукта наша страна занимает 126-ю позицию, оста-вив позади лишь Пакистан, Гамбию, Гвинею-Бисау и Гаити.

Кроме того, даже те сознательные ук-раинцы, которые постоянно покупают в магазинах йодированную соль, не могут гарантировать себе и своим детям доста-точное йодное поступление. Это связано отнюдь не с качеством соли. Адекватно йодированной соли в стране произво-дится более чем достаточно. Мы снаб-жаем этим профилактическим продук-том ближайших соседей – Белоруссию, Грузию, в которых успешно действуют законы о йодной профилактике. Дело в

том, что уровень йодирования соли рас-считан так, чтобы в сумме со всеми про-дуктами питания человек получил необ-ходимое для тиреоидного синтеза коли-чество данного микроэлемента. Широ-ко употребляя в повседневном питании колбасы, полуфабрикаты, кондитерские изделия, обедая в учреждениях общес-твенного питания, мы едим продукты, которые готовятся с использованием обычной поваренной соли, а значит, «недобираем» необходимого суточного количества йода.

? Почему именно соль стала основ-ным средством, используемым для йодной профилактики? В чем ее преимущества перед другими йод-содержащими продуктами?

Действительно, йод с профилактичес-кой целью пытались добавлять в самые разнообразные продукты питания: хлеб, воду, молоко, масло и др. Но оптималь-ным средством для массовой профилак-тики оказалась соль. Это дешевый про-дукт, употребляемый практически всем населением Земного шара ежедневно в относительно стабильном количестве, что позволяет достаточно точно рассчи-тать необходимый уровень йодирова-ния. Используемый в настоящее время для обогащения соли в Украине, как и в большинстве стран мира, калия йодат является малолетучим соединением, ко-торый не изменяет вкус, цвет, запах при-готовленных блюд, хорошо сохраняется при разных видах термической обработ-ки. Соль считается «самолимитирую-щим» продуктом – при таком способе дотации йод передозировать практиче-ски невозможно. Трудно представить, чтобы человек съел в 4–5 раз больше со-ли, чем обычно, и тем самым создал риск избыточного поступления йода. Кроме того, использование соли как средства массовой профилактики имеет длительную историю и хорошую доказа-тельную базу.

Йодировать соль впервые предложил в 1833 году колумбиец Боунсигал, кото-рый обнаружил низкую частоту зоба у аборигенов Южной Америки, употреб-лявших в пищу местную соль. Изучение состава этой соли показало высокое природное содержание йода. В Европе первые попытки использования йодиро-ванной соли были предприняты в Швейцарии в 1915 году. Практически одновременно в 1916–1920 гг. была про-демонстрирована высокая эффектив-ность использования йодированной соли для профилактики зоба у детей школьного возраста в городе Аркана (штат Огайо, США). Одна из первых программ массовой профилактики зоба с применением йодированной соли бы-ла внедрена в штате Мичиган (США) в

1924 году. Контрольное исследование через 5 лет показало снижение частоты зоба у школьников в 4 раза (с 38,6 до 9%). Еще через 10 лет зоб диагностиро-вался не более чем у 3,2% детей школь-ного возраста, а к 1950 году – лишь у 1%. Практически одновременно программы обязательной йодизации соли приняли не-сколько стран Европы: в 1922 году – Швей-цария, в 1923 году – Австрия, в 1929 году – горные районы Италии, в 1931 году – Франция, в 1937 году – Германия.

Два систематических обзора Кокра-новской библиотеки подтверждают эф-фективность использования йодирован-ной соли для оптимизации йодного обеспечения всех групп населения, кро-ме беременных и кормящих женщин, а также детей грудного возраста. Указыва-ется на снижение частоты зоба и гипо-тиреоза в странах, в которых приняты законы о проведении массовой йодной профилактики. Кроме того, в многочис-ленных контролируемых исследованиях было продемонстрировано, что положи-тельный эффект дополнительного по-требления йода состоит не только в пре-дотвращении новых случаев кретинизма и зоба, но и в снижении уровня младен-ческой смертности и улучшении когни-тивных функций населения в целом.

? Если так все очевидно, почему в Украине до сих пор не приняты нормативные акты, которые бы обеспечивали проведение йодной профилактики?

Долгие годы йодный дефицит считал-ся проблемой, актуальной исключитель-но для горных территорий. В нашей стране со времен Советского Союза к эндемическим регионам традиционно относили территорию Карпат и Прикар-патья, а также горный Крым. Междуна-родные исследования последних десяти-летий показали, что дефицит йода в пло-дородных почвах встречается практи-чески на всех равнинных территориях планеты, в результате чего население, употребляющее в пищу преимуществен-но продукты растительного и животного происхождения, оказывается в группе риска развития ЙДЗ.

Несмотря на то что проведенное в 2002 году Институтом эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссарен-ко НАМН Украины при поддержке ЮНИСЕФ общенациональное исследо-вание употребления населением микро-нутриентов продемонстрировало акту-альность проблемы йодного дефицита для всей территории Украины, скепти-ков в стране по-прежнему достаточно. К сожалению, со стереотипом об энде-мичности лишь отдельных регионов в Украине не могут расстаться достаточно влиятельные и авторитетные ученые,

слово которых значимо при принятии законодательных решений. Впрочем, специалисты, которые видят последствия неликвидированного йодного дефицита (эндокринологи, эндокринные хирурги, акушеры-гинекологи, диетологи) обыч-но во мнении едины – профилактика необходима.

Еще одна проблема в том, что мы очень любим изобретать велосипед. Час-то приходится слышать, что щитовид-ной железе нужен органический йод. Однако известно, что йод, встроенный в органические соединения, обычно транс-формируется в желудочно-кишечном тракте в йодид и именно в таком виде происходит его интратиреоидный захват. Звучат также аргументы о необходимос-ти введения в организм наряду с йодом комплекса других микроэлементов, для чего предлагают использовать препара-ты на основе морских водорослей. При этом упускается из внимания тот факт, что содержание йода в таких препаратах (обычно это биологически активные до-бавки) в несколько раз превышает не только физиологические, но и небез-опасные дозы данного микроэлемента. В Европе существуют консенсусы, запрещающие использовать высушен-ные морские водоросли для профилак-тики йодного дефицита из-за риска гиперйодизации. Да и экономически та-кой подход для массовой профилактики не осуществим.

Впрочем, собственный опыт борьбы с йодным дефицитом у нас есть. Впервые на государственном уровне целесообраз-ность массовой профилактики заболе-ваний, вызванных недостатком йода в организме человека, была признана сра-зу после окончания Великой Отечес-твенной войны. В июне 1945 года Народ-ный комиссариат здравоохранения СССР утвердил инструкцию «О проти-возобной йодной профилактике», опре-делявшую, что «полноценная» поварен-ная соль – это соль, которая содержит необходимое для человека количество йода. Профилактика проводилась во всех эндемических регионах Советского Союза, в том числе Волынской, Львов-ской, Черновицкой и Закарпатской об-ластях Украины, республике Крым. Про-филактика осуществлялась в дошколь-ных и школьных учреждениях сразу дву-мя методами: употреблением йодиро-ванной соли и назначением препаратов йо-дида калия 1 раз в неделю. В результате предпринятых мер уровень заболевае-мости эндемическим зобом в данных областях Украины снизился с 65% в 1950 году до 3% – в 1960 г. В 80–90-е годы йодная профилактика в силу разных по-литических и экономических причин

Продолжение на стр. 12.

Йододефицитные состояния у детей: взгляд педиатра

Продолжение. Начало на стр. 10.

фактически была приостановлена, что привело к быстрому росту числа тиреоидных заболеваний, особенно у детского населения.

По-новому заставила взглянуть на проблему йодного дефицита Чернобыльская катастрофа. Резкого повышения частоты заболеваний щитовидной железы, в том числе тиреоидных раков, по мнению многих специалистов, можно было бы избежать, если бы население зоны, подвергшейся радиоактивному загрязнению в результате аварии на АЭС, имело адекватное йодное обеспечение. В условиях существовавшего йодного дефицита активизировались механизмы абсорбции йода, что привело к интенсивному интратиреоидному захвату радиоактивных частиц.

Еще одна попытка принять национальное законодательство была сделана в 2002 году, когда Кабинет Министров Украины утвердил постановление № 1418 «Об утверждении Государственной программы профилактики йодной недостаточности у населения Украины на 2002–2005 годы», но, к сожалению, основные положения этого документа так и не были воплощены в жизнь. Последующие попытки решить проблему законодательным путем также не увенчались успехом.

В настоящее время в Верховной Раде Украины готовится очередной проект закона, принятие которого обяжет всех производителей продуктов питания в стране использовать исключительно йодированную соль, все предприятия оптовой и розничной торговли обеспечить постоянную реализацию йодированной соли населению, а предприятия общественного питания использовать в рецептуре собственных блюд исключительно соль, обогащенную йодом. Остается только надеяться на здравомыслие людей, от которых зависит, сделает ли, наконец, наша страна шаг к решению проблемы йодного дефицита.

? Какова роль педиатра и врача общей практики в проведении индивидуальной и групповой йодной профилактики?

Главное, что должны знать педиатр и врач общей практики, — в йододефицитном регионе профилактика нужна всем. Никаких дополнительных показаний искать не стоит. Дети, подростки, беременные и кормящие женщины заслуживают особого внимания, поскольку в эти периоды происходят процессы ускоренного обмена веществ и энергии, что предвещает дополнительные требования к тиреоидному гормоногенезу.

С учетом того что в Украине не проводится массовая йодная профилактика, возникает необходимость в проведении групповой и индивидуальной дотации йода наиболее чувствительным к йодному дефициту категориям населения. Для групповой и индивидуальной профилактики ныне действующими в Украине протоколами оказания помощи детям с заболеваниями щитовидной железы рекомендуются исключительно фармакологические препараты калия йодида.

Профилактическая доза калия йодида для детей раннего и дошкольного возраста составляет 50–100 мкг/сут, для детей младшего школьного возраста — 100 мкг/сут, для подростков — 150–200 мкг/сут, для беременных и кормящих — 200 мкг/сут. Групповая профилактика отличается от индивидуальной лишь тем, что проводится в организованных коллективах (школах, детских садах и др.). Такие мероприятия требуют законодательной и финансовой поддержки государства.

Проведение индивидуальной профилактики йодного дефицита существенно осложняется необходимостью длительного постоянного приема медикаментозных препаратов, что снижает compliance. Поскольку в организме человека не существует систем накопления йода «про запас», его физиологическое количество должно поступать ежедневно для поддержания адекватного уровня тиреоидного синтеза. Психологически родителям осознать необходимость постоянного приема ребенком или подростком препаратов калия йодида зачастую достаточно сложно, что еще раз указывает на целесообразность введения массовой профилактики для полноценного охвата всех представителей групп риска.

Начинать профилактику ЙДЗ необходимо еще на этапе внутриутробного развития. Беременные и кормящие женщины — категории населения, для которых постоянная фармакологическая дотация йода является стратегически необходимой, независимо от употребления йодированной соли. Для них суточная потребность в йоде составляет 250 мкг/сут, поскольку тиреоидные гормоны участвуют не только в обеспечении жизненно важных функций матери и поддержании беременности, но и отвечают за корректную закладку и правильное развитие органов и систем плода, а затем и новорожденного. Наиболее значимым является тиреоидный синтез для формирования центральной нервной системы, а значит и интеллекта ребенка. Потери со стороны морфофункциональных структур ЦНС ребенка, возникшие вследствие йодного дефицита у матери, невосполнимы даже при дальнейшей нормализации йодного поступления. В настоящее время эксперты международных организаций рекомендуют повысить дозу йода, поступающего в организм, еще на этапе планирования беременности (за 2–3 месяца до ее наступления). 200 мкг йода должно дотироваться матери ежедневно во время беременности и весь период кормления грудью.

Педиатрам и семейным врачам необходимо обратить особое внимание на обеспеченность нутриентами кормящей матери. Если придерживаться современной концепции грудного вскармливания, ребенок в первые 6 месяцев жизни получает только грудное молоко, а значит полностью зависит от его состава. Назначение профилактических доз йода кормящей матери позволит не только повысить концентрацию микроэлемента в грудном молоке, но и поможет обеспечить длительную достаточную лактацию, поскольку тиреоидные гормоны участвуют в ее регуляции.

При искусственном вскармливании следует отдавать предпочтение смесям с содержанием йода для доношенных детей до 100 мкг/л, а для недоношенных — до 200 мкг/л готовой смеси. Если смесь не содержит йода, в питание необходимо добавить препарат калия йодида, который может быть растворен в любом из блюд, получаемом ребенком.

Недопустимо проводить йодную профилактику, используя всевозможные биологически активные добавки, которые не имеют четко определенного и главного — контролируемого содержания йода в своем составе. При их употреблении человек может получить как недостаточное, так и избыточное количество йода, что в любом случае является нефизиологичным и небезопасным.

Чрезмерным считается стабильное поступление йода в организм ребенка в дозе более чем 300 мкг ежедневно. Особенно небезопасно резкое повышение уровня йодного обеспечения для населения, долго жившего в условиях йодного дефицита, поскольку при этом возникает риск развития йодиндуцированного тиреотоксикоза. Последнее состояние относится к числу ЙДЗ и развивается преимущественно у взрослого населения.

При использовании с целью профилактики исключительно йодированной соли передозировать йод практически невозможно. Использование препаратов калия йодида в рекомендованных дозах для профилактики ЙДЗ также безопасно. Даже если сочетать индивидуальную и массовую профилактику, суммарное количество йода, поступающее в организм, остается адекватным. Риск представляют длительное многократное превышение рекомендованных доз препаратов калия йодида, прием спиртового раствора йода внутрь, в одной капле которого содержится количество йода, в десятки раз превышающее безопасную грань, а также употребление БАД на основе водорослей.

В результате приема высоких доз йода может развиваться острое отравление — йодизм. Для него характерны специфический запах изо рта, изменение цвета слизистых оболочек, жажда, рвота желтыми или синими массами, понос, слабость, обмороки. Может развиваться асептическое воспаление слизистых оболочек: ринорея, бронхорея, слюнотечение и др. Неотложная помощь заключается в промывании желудка тиосульфатом натрия и питье водного раствора крахмала или муки.

Противопоказаниями к проведению йодной профилактики является тиреотоксикоз любого генеза и индивидуальная непереносимость препаратов калия йодида.

? Можно ли решить проблему йодного дефицита исключительно за счет рационального питания?

Йодный дефицит является проблемой, непосредственно связанной с питанием. Содержание йода в большинстве повседневно употребляемых продуктов питания и напитках невелико. Исключение составляют лишь морепродукты, поскольку представители растительного и животного мира морей и океанов обладают способностью концентрировать йод из морской воды. Особенно велико содержание данного микроэлемента в некоторых сортах водорослей. Известно, что жители прибрежных районов Японии, употребляющие ежедневно большие количества таких водорослей,

имеют суточное поступление йода 50–80 мг в день, что в десятки раз превышает суточную потребность.

Однако рекомендовать подобную диету жителям Украины достаточно сложно в силу целого ряда причин. Прежде всего, собственных морепродуктов в стране крайне мало, а импортируемые экономически не всегда доступны населению. Кроме того, в большинстве семей отсутствуют диетические традиции постоянного употребления морепродуктов, особенно в сыром виде. Кулинарная обработка приводит к значительным потерям йода из морской рыбы и водорослей.

? Какова клиническая картина ЙДЗ?

Термином «йододефицитные заболевания» принято обозначать совокупность всех негативных влияний йодного дефицита на организм человека, которые могут быть предотвращены достаточным поступлением данного микроэлемента с продуктами питания. Все клинические проявления йодного дефицита, обуславливаются неадекватным синтезом гормонов щитовидной железы. Именно участие в тиреоидном синтезе является основной физиологической функцией йода как эссенциального микроэлемента.

Наиболее известными последствиями йодного дефицита считаются зоб и эндемический кретинизм. Но они — лишь верхушка айсберга. Недостаток йода во время беременности и в период новорожденности может негативно влиять на рост и развитие нервной системы плода и ребенка, привести к повышению уровня младенческой смертности. Дефицит этого микронутриента в разные периоды детства снижает соматический рост, нарушает становление когнитивных и моторных функций.

Дефицит микроэлементов принято называть «скрытым голодом». Клинические проявления развиваются постепенно и часто диагностируются поздно. В случае с дефицитом йода объективизация возможна на этапе развития зоба и гипотиреоза.

Зоб является наиболее признанным маркером существования проблемы йодного дефицита в регионе. При его частоте свыше 5% у детей младшего школьного возраста, установленной во время скрининговых исследований, наличие проблемы на популяционном уровне не вызывает сомнений.

Если функциональная активность щитовидной железы сохранена (эутиреоз), то жалоб у пациента с зобом может не быть. Только при значительном объеме зоба ребенка могут беспокоить неприятные ощущения в области шеи, ощущение кома при глотании, чувство нехватки воздуха. Иногда родители обращают внимание на изменившуюся форму шеи ребенка. При снижении функциональной активности щитовидной железы (гипотиреоз, чаще субклинический, реже — манифестный) ребенок может отставать в физическом и нервно-психическом развитии. Отмечается снижение памяти, внимания, непереносимость холода, прибавка массы тела, запоры, нарушения ритма сердца, снижение артериального давления и другие клинические симптомы гипотиреоза.

Наиболее простым и доступным методом оценки состояния щитовидной железы является пальпация. Современная

классификация зоба адаптирована экспертами для проведения массового скрининга заболеваний щитовидной железы и учитывает особенности роста ребенка. Объем одной доли щитовидной железы в норме имеет размер меньше дистальной фаланги большого пальца руки обследуемого. Если объем хотя бы одной доли превышает данный параметр или, даже при сохранении нормальных размеров, удастся пропальпировать узловые образования — констатируется наличие зоба 1 степени. Если же зоб виден при нормальном положении шеи — у ребенка имеет место зоб 2 степени. Пальпация щитовидной железы при диффузном нетоксическом зобе безболезненна. Орган мягко-эластической консистенции, подвижный, поверхность его ровная.

Если пальпаторно выявлен зоб, ребенку необходимо провести ультразвуковое исследование, являющееся более точным и чувствительным методом оценки изменений объема и структуры щитовидной железы. При диффузном нетоксическом зобе щитовидная железа обычно увеличена равномерно, экзогенность ее нормальная или умеренно сниженная/повышенная. Эхоструктура чаще однородная, однако при длительной болезни возможно развитие участков фиброза, зернистости, узловых образований.

Для оценки функциональной активности щитовидной железы на этапе первичной диагностики достаточно провести определение тиреотропного гормона (ТТГ), или тиреотропина, и свободного тироксина (св.Т4). Если значения ТТГ и св.Т4 отвечают норме в соответствии с референтными данными лаборатории, констатируется наличие эутиреоза. Незначительное повышение ТТГ (не более 10 мЕд/л) при сохраняющемся нормальном уровне тиреоидных гормонов соответствует субклиническому гипотиреозу. Манифестный гипотиреоз в педиатрической практике встречается крайне редко и характеризуется повышением ТТГ свыше 10,0 мЕд/л при снижении уровня свободного тироксина.

Для дифференциальной диагностики с целью исключения аутоиммунного характера зоба назначают определение титра антител к тиропероксидазе или титра антител к микросомальной фракции тиреоцитов. При диффузном нетоксическом зобе они обычно в пределах нормы или незначительно повышены (не более чем в 2-3 раза).

Гипотиреоз, особенно в субклинической форме, развивается как при наличии зоба, так и при нормальных размерах щитовидной железы. Объективные проявления и симптомы у детей с гипотиреозом зависят от степени выраженности и длительности течения основного заболевания, нередко носят стертый и малоспецифический характер. Наиболее типичным проявлением является замедление линейного роста, которое может сопровождаться относительным набором веса и появлением округлости форм. Способность к обучению выражено не страдает, но замедляется темп мыслительных процессов и скорость выполняемой работы. Могут наблюдаться летаргия, сонливость, отечность, сухость кожи, жесткие волосы, очаговая алопеция, анемия без других видимых причин. Часто у девочек старшего возраста наблюдаются меноррагии.

Необходимо вспомнить еще об одном патологическом состоянии, этиология которого тесно связана с йодным дефицитом, — врожденном гипотиреозе, в частности эндемическом кретинизме. В настоящее время его диагностика базируется преимущественно на данных неонатального скрининга, а при его отсутствии — на анализе клинических проявлений. Основными клиническими симптомами новорожденного, наталкивающими на мысль о необходимости оценки функции щитовидной железы, являются большой родничок, макросомия, переносимость, затянувшаяся физиологическая желтуха. Сонливость, плохая прибавка массы тела и запоры обычно этиологически ассоциируются с врожденным гипотиреозом уже после постановки диагноза.

Определение йода в моче для диагностики зоба, гипотиреоза и других йододефицитных состояний не проводится. Большая часть йода (около 80-90%), который поступает с продуктами питания в организм человека, выводится в ближайшие сутки с мочой. У отдельных лиц показатели экскреции йода системой мочеиспускания могут значительно варьировать в зависимости от характера рациона накануне проведения анализа. Поэтому в настоящее время йодурию определяют только при проведении скрининговых исследований, поскольку такой показатель, как медиана йодурии дает надежное представление об употреблении йода населением в целом.

Когда направляют к эндокринологу, а когда врач-педиатр вправе взять на себя ответственность и вести таких больных самостоятельно?

Долгое время ЙДЗ считались проблемами, которыми должен заниматься исключительно эндокринолог. Однако современные тенденции реформирования здравоохранения заставляют врача общей практики расширять сферу своих познаний и вмешательств, в том числе в отношении заболеваний желез внутренней секреции.

Распространенность диффузного нетоксического (простого) зоба в популяции чрезвычайно высока. В отдельных регионах она достигает у детей школьного возраста 40% и более. Терапия зоба проводится в амбулаторных условиях и на ранних этапах. Ее целью является нормализация объема щитовидной железы.

Лечение зоба начинают с нормализации поступления йода в организм ребенка за счет назначения препаратов калия йодида. При этом активизируется тиреоидный синтез, гипотиз снижает продукцию ТТГ, тем самым уменьшая стимуляцию щитовидной железы. Применение препаратов калия йодида в физиологических дозах имеет высокий спектр безопасности, хорошую переносимость и не требует постоянного врачебного контроля. Лишь при отсутствии эффективности терапии препаратами калия йодида в течение 6 месяцев возникает необходимость в дополнительном включении в схему терапии L-тироксина.

Кроме того, лечебные и профилактические дозы препаратов калия йодида практически совпадают и полностью соответствуют физиологической потребности в йоде в различные возрастные и физиологические периоды, что делает их назначение врачами общей практики

не только допустимым, но и целесообразным. Противопоказаниями к применению препаратов калия йодида в детском возрасте являются только гипертиреоз любой этиологии и индивидуальная непереносимость.

Таким образом, поставив диагноз «диффузный нетоксический (простой) зоб» при наличии равномерного увеличения в объеме щитовидной железы, сохраненной или сниженной ее функциональной активности и отсутствии признаков аутоиммунного характера заболевания, педиатр и врач общей практики могут назначить препараты калия йодида. И лишь при отсутствии эффекта от такой дотации ребенку необходимо назначение заместительной терапии тироксином, что, безусловно, сделать должен эндокринолог.

Пациентов с врожденным и приобретенным манифестным гипотиреозом лечить должен эндокринолог, а педиатр — контролировать выполнение назначений и вовремя отправлять ребенка на осмотр к узкому специалисту. А случаи субклинического гипотиреоза часто поддаются такой же терапии, как и диффузный зоб, — назначению препаратов калия йодида, что тоже может сделать врач общей практики.

В любом случае, специалистам общего профиля следует понимать, что калия йодид в форме медикаментозного препарата является лишь источником микроэлемента, который человек недополучает с продуктами питания и который является основным структурным компонентом тиреоидных гормонов. А значит, терапия ЙДЗ на ранних этапах их развития является по сути своей коррекцией питания.

Как часто должны вестись профилактические осмотры, существуют ли сезонные профилактические курсы? На что еще должен обращать внимание педиатр (невролог, психиатр, возможно, гастроэнтеролог, диетолог и др.)?

Контролировать эффективность терапии зоба и субклинического гипотиреоза йодсодержащими препаратами стоит не ранее чем через 6 месяцев от начала лечения. Для нормализации тиреоидного гормоногенеза и уменьшения объема щитовидной железы необходимо время. При наличии позитивной динамики — продолжают лечение до нормализации тиреоидного объема с дальнейшим обязательным проведением йодной профилактики. При отсутствии положительной динамики пациента необходимо направить к эндокринологу, который решит вопросы лечения и диспансеризации.

Что касается профилактических осмотров — с учетом высокого уровня тиреоидной заболеваемости среди детского населения Украины в ежегодном контроле состояния щитовидной железы нуждается каждый ребенок школьного возраста, так же как и в постоянной йодной профилактике, метод которой может выбрать семья. Но важно чтобы йод в виде йодированной соли, морепродуктов, препаратов калия йодида поступал в организм ежедневно независимо от времени года.

Врачам разных профилей следует помнить, что щитовидная железа играет существенную роль в регулировании функциональной активности органов и тканей на протяжении всей жизни человека.

У гипотиреоза и гипотироксинемии мало специфичных симптомов. Набор клинических проявлений индивидуален, вследствие чего трудно выделить симптомы, характерные для всех или хотя бы большинства пациентов с гипотиреозом. В то же время существует масса проявлений, соответствующих клинической картине заболеваний других органов и систем. Поэтому, если патологический процесс не поддается «классической» терапии, необходимо подумать о возможных сбоях в системе эндокринной регуляции и прежде всего — о заболеваниях щитовидной железы как о наиболее распространенных эндокринопатиях.

Каков ваш личный опыт или опыт ваших коллег (вашей кафедры, в Украине) по данному направлению?

Кафедра педиатрии факультета последипломного образования Луганского государственного медицинского университета занимается проблемами йодного дефицита и связанных с ним патологических состояний с 2002 года. За это время выполнен ряд скрининговых исследований с вовлечением групп населения с высоким риском развития ЙДЗ. Полученные результаты позволяют с уверенностью утверждать, что на востоке Украины население испытывает недостаток йода в питании. Уровень йодурии детей младшего школьного возраста составляет 83 мкг/л, что соответствует легкому йодному дефициту. Еще серьезней ситуация с йодным обеспечением беременных и кормящих женщин. Несмотря на то что медиана йодурии у них находится примерно на таком же уровне — 78,2 и 88,8 мкг/л соответственно, учитывая повышенную потребность в йоде данных категорий населения согласно критериев ВОЗ, это соответствует среднетяжелому йодному дефициту.

Недостаточное йодное обеспечение приводит к высокой частоте тиреоидной патологии у населения Луганской области. Зоб имеют 27,7% детей младшего школьного возраста и 36,8% беременных женщин. Гестационная гипотироксинемия наблюдается у 30,9% беременных, неонатальная гипертиреотропинемия — у 20,6% новорожденных, субклинический гипотиреоз — у 9,8% детей в возрасте 6-12 лет.

Медиана йода в грудном молоке не превышает 68 мкг/л, что приводит к тому, что уровень йодурии у детей на грудном вскармливании в 3,5 раза ниже, чем у детей, получающих высокоадаптированные смеси.

В последнее время в научной литературе стали появляться данные наших коллег из Харьковской, Днепропетровской, Донецкой областей, получившие аналогичные результаты при изучении йодного обеспечения и тиреоидного статуса населения. Все это дает основания утверждать, что йодный дефицит является общенациональной проблемой в Украине. Нам пора перестать использовать термин «эндемический регион», поскольку не только горные территории, но и вся страна является зоной йодного дефицита. И решить проблему на популяционном уровне без принятия национального законодательства и проведения массовой профилактики невозможно.

Подготовил **Владимир Савченко**

