

Проблему йодной недостаточности и йододефицитных заболеваний можно назвать уникальной. Ее решение достаточно простое и не требует огромных экономических затрат, но почему-то в некоторых странах, в том числе в Украине, она остается нерешенной. Извечными вопросами «кто виноват?» и «что делать?» задавались участники VIII съезда Ассоциации эндокринологов Украины, который проходил 20-22 октября в г. Киеве.

Йодный дефицит в Украине: решаемая, но не решенная проблема



Актуальности проблемы йододефицита и возможным путям ее решения был посвящен доклад **руководителя отдела эпидемиологии эндокринных заболеваний ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины», доктора медицинских наук, профессора Виктора Ивановича Кравченко.**

Он отметил, что примерно треть населения планеты и подавляющее большинство украинцев проживают в йододефицитных регионах, поэтому проблема йодной недостаточности актуальна для большинства стран мира.

Бытует ошибочное представление о том, что йододефицит приводит только к заболеваниям щитовидной железы. Действительно, частым и самым заметным последствием йодной недостаточности является диффузный зоб. Повышается также риск другой патологии щитовидной железы — узлового зоба, аутоиммунного тиреоидита, радиационно-индуцированного рака щитовидной железы и др. Но, пожалуй, самым значимым неблагоприятным последствием йодной недостаточности является снижение интеллектуального потенциала населения.

Йододефицит — самая распространенная и в то же время предотвратимая причина нарушения формирования и развития головного мозга у плода и ребенка первых лет жизни. Именно поэтому наиболее восприимчивыми к йододефициту группами населения признаны беременные и дети раннего возраста. Убедительно показано, что йододефицит у беременных может приводить к серьезным акушерским осложнениям вплоть до преждевременного прерывания беременности и мертворождения. У детей раннего возраста он может обуславливать замедление роста, психомоторного и интеллектуального развития.

Как известно, наиболее тяжелый йодный дефицит в нашей стране имеет место в западном регионе. Так, эпидемиологическое исследование, проведенное в нескольких населенных пунктах Закарпатской области, показало, что при норме более 100 мкг/л у значительно количества детей показатель йодурии находился в диапазоне 0-20 мкг (более чем у половины детей в Рахове и

у четверти — в Межгорье). При этом очень низкий уровень невербального показателя интеллекта (IQ ≤79 пунктов) был отмечен у 69% детей в Ужгороде, у 56% — в Иршаве, у 87% — в Рахове и у 93% — в Межгорье. В Межгорье из всех обследованных детей ни у одного ребенка не был зафиксирован нормальный уровень интеллекта (90-100 пунктов), в других городах таких детей было 4-6%. Кроме того, примерно у половины детей, включенных в исследование, наблюдалось отставание в росте.

По данным Госкомстата, в Украине ежегодно рождается около 426 тыс. детей, из них 8,054% от матерей с йододефицитом. Поэтому можно предположить, что в нашей стране каждый год рождается 34 275 детей со сниженным интеллектом. При этом общая потеря IQ составляет 46 270 единиц в год. По оценкам экспертов, экономические потери в Украине вследствие йодного дефицита и снижения интеллектуального потенциала нации составляют минимум 43,31 млн долл. США ежегодно. Инвестирование в программу йодной профилактики и ликвидация этой проблемы дадут возможность вернуть в бюджет Украины примерно четверть миллиарда долларов за 10 лет. Каждый инвестированный доллар позволит сохранить 61 доллар.

По мнению профессора В. Кравченко, наиболее экономически эффективной стратегией преодоления йододефицита на государственном уровне является всеобщее йодирование соли. Благодаря законодательно утвержденным национальным программам обязательного йодирования соли многие страны, в том числе и постсоветского пространства, уже решили проблему йододефицита. Так, в Туркменистане, Киргизии, Казахстане, Молдове, Беларуси более 80% домохозяйств употребляют йодированную соль, в то время как в Украине — менее трети.

В нашей стране проблема йододефицита остается нерешенной в первую очередь из-за отсутствия политического решения. Усугубляет ситуацию также в целом низкий уровень озабоченности украинцев своим здоровьем и недостаточная осведомленность населения о проблеме йододефицита и возможностях ее решения.

Но даже если вопрос массовой йодной профилактики удастся решить на законодательном уровне, это не позволит в полной мере защитить наиболее уязвимые категории населения — беременных и детей раннего возраста. Как показало одно из отечественных исследований, медиана йодурии у беременных женщин, регулярно употреблявших йодированную соль, была все же

значительно ниже нормы — около 94 мкг/л (при норме 150-200 мкг/л у данной категории лиц). Таким образом, групповая и индивидуальная йодная профилактика с применением препаратов йодида калия, например Йодомарина, в группах риска (беременные, кормящие женщины, дети и подростки) остается актуальной даже в случае решения вопроса массовой йодной профилактики. А в сложившихся в настоящее время в Украине условиях, когда йодированную соль потребляет менее трети населения, групповая и индивидуальная йодная профилактика выступает на первый план. Упомянутое выше исследование показало, что достаточный уровень медианы йодурии отмечался только в группе беременных женщин, принимавших одновременно и йодированную соль, и препарат Йодомарин 200.

В заключение своего выступления профессор В.И. Кравченко наметил основные пути решения проблемы йододефицита в Украине. Во-первых, необходима законодательная инициатива по всеобщему обязательному йодированию соли. Во-вторых, необходимо повысить использование йодированной соли в пищевой промышленности. В-третьих, особое внимание следует уделить повышению осведомленности населения о важности проблемы йододефицита. В решении этой задачи ведущая роль отводится школам, медицинским учреждениям и средствам массовой информации. И наконец, необходимо усилить контроль качества йодирования соли и проводить регулярный мониторинг йодного статуса населения.

Взгляд педиатра на проблему йододефицитных заболеваний представила **доктор медицинских наук, профессор Марина Евгеньевна Маменко.**

Докладчик напомнила, что основная функция йода в организме человека — обеспечение синтеза тиреоидных гормонов, которые, в свою очередь, играют роль универсальных регуляторов роста и развития (реализация генотипа в фенотип, закладка и дифференцировка органов и тканей, регуляция обмена веществ и энергии, функционирование всех органов и систем).



Негативные последствия йододефицита многочисленны и включают:

- во время беременности: выкидыш, мертворождение, врожденные аномалии, повышение перинатальной смертности;

- у новорожденных: неонатальный гипотиреоз, кретинизм, психомоторные нарушения;

- у детей и взрослых: нарушения психомоторного развития, зоб и его осложнения, гипотиреоз, нарушения когнитивных функций и др.

Поступление йода в организм человека должно быть постоянным (ежедневным) и достаточным. ВОЗ рекомендует следующие суточные нормы потребления йода:

- 90 мкг — для детей от рождения до 5 лет;

- 120 мкг — для детей от 6 до 12 лет и взрослых;

- 150 мкг — для подростков (от 12 лет);

- 250 мкг — для беременных и кормящих женщин.

Степень йододефицита в том или ином регионе оценивается по показателю медианы йодурии:

- 100 мкг/л и выше — нормальное обеспечение

йодом;

- 50-99 мкг/л — легкий йододефицит;

- 20-49,9 мкг/л — йододефицит средней степени тяжести;

- 0-20 мкг/л — тяжелый йододефицит.

Йодный дефицит той или иной степени выраженности отмечается на всей территории Украины. Проведенный в 2000 г. общенациональный скрининг показал, что в Харьковской, Донецкой и Днепропетровской областях показатели экскреции йода с мочой составляют в среднем 70-90 мкг/л (легкий йододефицит), в Киевской, Черниговской, Житомирской — 40-60 мкг/л (умеренный йододефицит), в западных регионах — 20-50 мкг/л (тяжелый йододефицит).

Чтобы оценить актуальность проблемы йодной недостаточности в восточном регионе Украины, на базе общеобразовательных школ было проведено 30-кластерное исследование, в которое вошли дети в возрасте 6-12 лет. Методы исследования соответствовали современным критериям ВОЗ/МСКІДЗ и

«Благодушие — самый опасный враг в войне с дефицитом йода»

Джон Данн, эксперт ВОЗ

включали анкетирование семей, проведение качественной реакции на йодированную соль, антропометрию, пальпаторное и ультразвуковое исследование щитовидной железы, определение йодурии в разовых порциях мочи с последующим расчетом медианы. Согласно полученным данным медиана йодурии составила 83 мкг/л, что соответствует легкому йодному дефициту. Частота встречаемости зоба, по данным ультразвукового исследования щитовидной железы, согласно нормативам ВОЗ (2001) находилась на уровне 27,7%, а согласно новым нормативам ВОЗ (2007) — 48,7%. Таким образом, практически каждый второй ученик младших классов общеобразовательной школы имеет увеличенную щитовидную железу. Исследование наглядно продемонстрировало, что показатели распространенности

Продолжение на стр. 8.

Йодний дефіцит в Україні: решаемая, но не решенная проблема

Продолжение. Начало на стр. 3.

диффузного зоба у дітей Луганської області, по даним офіційної статистики і проведеного скринінгового дослідження, відзначаються в десятки раз (1,6 проти 48,7%), що свідчить про неадекватність організації діагностичної і профілактичної роботи в цьому напрямку.

Слід врахувати, що надходження достатнього кількості йода в організм жінки повинно забезпечуватися з перших тижнів вагітності, оскільки тиреоїдні гормони матері беруть участь в регуляції ембріонального розвитку плоду в першому триместрі вагітності. Найбільш серйозні невідворотні зміни в ЦНС плоду відбуваються в тому випадку, коли недостатність йода виникає в першому триместрі вагітності. Ці зміни не вдається коригувати в подальшому, оскільки у таких пацієнток упущено початковий етап розвитку нейронів.

Щоб оцінити актуальність проблеми йододефіциту і його наслідки у вагітних і дітей грудного віку в східній частині України, було проведено відповідне скринінгове дослідження. Анкетування вагітних (n=1052) показало, що 80% жінок були проінформовані про проблему йододефіциту. Однак щодня вживають морепродукти лише 1,6% вагітних, 3-4 рази в тиждень – 8,7%. Препарати йода були призначені лікарем 100% вагітних пацієнток, але тільки 23% жінок виконували цю рекомендацію. Полівитаміни вживали 96% вагітних, але при цьому 88% – з недостатнім вмістом йода. В результаті медіана йодури у вагітних в регіоні становила 78,2 мкг/л при нормі 150-249 мкг/л. При оцінці тиреоїдного статусу вагітних (n=252) гестаційна гіпотироксинемія була виявлена у 30,9% досліджуваних, прихована (рівень Т4 на нижній межі норми) – у 19,4%, зміна співвідношення Т3/Т4 >0,28 – у 22,4% і зоб по даним ультразвукового дослідження – у 36% жінок. Гестаційна гіпотироксинемія суттєво підвищала ризик ускладненого перебігу вагітності. Так, при її наявності приблизно в 2 рази вище частота анемії, преєклампсії, загрози преривання вагітності, маточно-плацентарної дисфункції, затримки внутрішнього розвитку.

При дослідженні рівня тиреотропного гормону (ТТГ) у новонароджених (n=40 543) у 22,7% з них виявлено транзиторний і у 0,5% – вроджений гіпотиреоз. Була встановлена кореляція рівня йодури і ТТГ у вагітних з рівнем ТТГ у новонароджених. Навіть транзиторний гіпотиреоз у новонароджених асоціювався з підвищеною захворюваністю (анемія, неонатальна жовтуха, грижі, atopічний дерматит, ОРЗ).

Лікарі повинні розуміти, що забезпечення йодом дітей перших місяців життя, що знаходяться на грудному вигодовуванні, безпосередньо залежить від вживання йода матір'ю. Тому в період лактації жінка повинна отримувати достатню кількість йода, в іншому випадку його концентрація в грудному молоці не зможе покрити потреби дитини в йоді. Дослідження йодного забезпечення годуючих матерей і дітей грудного віку (n=52) показало недостатню кількість йода в організм матері, а відповідно, і організм дитини в більшості випадків. Так, медіана йодури годуючих матерей становила 88,8 мкг/л, при цьому у 66,8% жінок рівень йодури не досягав 100 мкг/л. Медіана вмісту йода в грудному молоці становила всього 68 мкг/л. Медіана йодури у дітей на грудному вигодовуванні становила 81,5 мкг/л, в той час як у дітей на штучному вигодовуванні – 282 мкг/л (сучасні молочні суміші містять необхідну кількість йода).

Таким чином, проведене дослідження показало, що проблема йодної недостатності і асоційованих з нею патологічних станів у вагітних

і дітей раннього віку дуже актуальна навіть для східних регіонів України, в цілому характеризуються як території з легким йодним дефіцитом.

Вирішення йодного дефіциту можна проводити за допомогою методів масової, групової і індивідуальної профілактики. В масштабах держави найбільш ефективним методом профілактики йододефіциту є масове обогачення йодом продуктів харчування, як правило – солі. Групова профілактика передбачає організований прийом препаратів, що містять йод в певній дозі.

Індивідуальна профілактика передбачає використання окремих осіб профілактичних лікарських засобів, що забезпечують фізіологічне надходження йода в організм.

Індивідуальну профілактику препаратами йода незалежно від вживання йодированої солі в країнах з йододефіцитом, до яких належить Україна, повинні отримувати наступні категорії осіб:

- вагітні і годуючі: 1 таблетка калію йодиду з вмістом йода 200 мкг (Йодомарин 200);
- діти раннього і дошкільного віку: от 1/2 до 1 таблетки калію йодиду з вмістом йода 100 мкг в день (Йодомарин 100);
- діти молодшого шкільного віку (6-12 років): 1 таблетка калію йодиду з вмістом йода 100 мкг в день (Йодомарин 100);
- підлітки: 1 таблетка калію йодиду з вмістом йода 200 мкг в день (Йодомарин 200).

Упомянуто вище дослідження переконливо продемонструвало ефективність проведення йодної профілактики в період вагітності і в період лактації в відношенні впливу на рівень ТТГ у вагітних жінок (рис. 1) і вмісту йода в грудному молоці (рис. 2).

«Дефіцит йода – найпоширеніший в світі чинник порушення діяльності людського мозку. В даний момент ми близькі до того, щоб викоренити йододефіцит. Це буде порівняно з такими перемогами в лікуванні здоров'я людини, як викоренення поліомієліту і оспи».

Всемирная ассамблея здравоохранения, 1999 г.

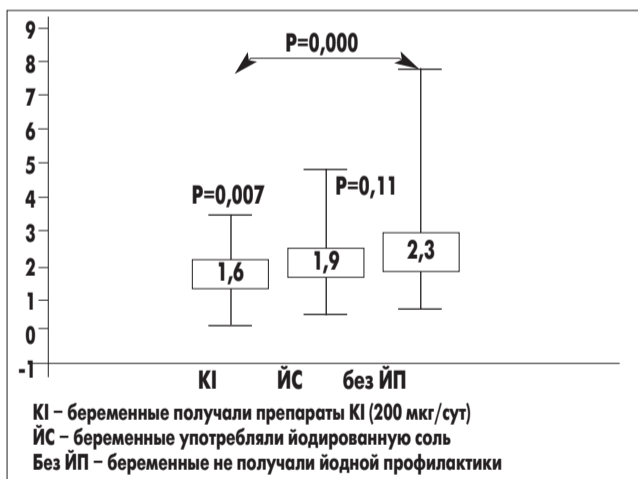


Рис. 1. Влияние йодной профилактики на уровень ТТГ у беременных

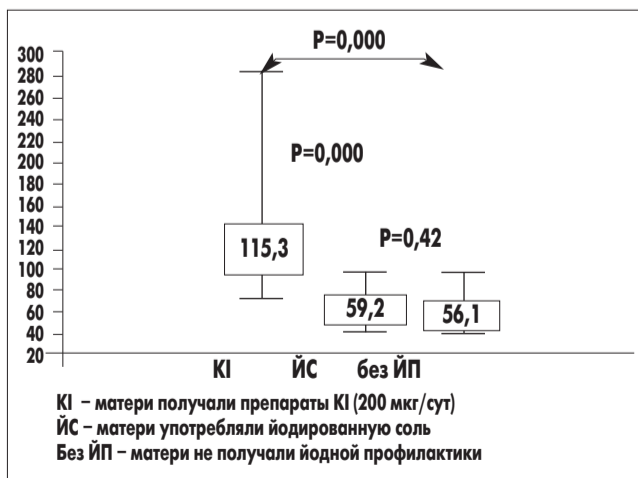


Рис. 2. Содержание йода в грудном молоке в зависимости от способа йодной профилактики

Підготувала **Наталія Мищенко**

Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»

Редакційна колегія

- К.М. Амосова**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2, ректор НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України
- О.Я. Бабак**, д.м.н., професор, Харківський національний медичний університет
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України і РАМН, директор ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»
- Б.М. Венцівський**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України
- С.І. Герасименко**, д.м.н., професор, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- Ф.С. Глумчер**, д.м.н., професор, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України
- І.І. Горпинченко**, д.м.н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології, головний сексолог МОЗ України
- Ю.І. Губський**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України
- Д.І. Заболотний**, д.м.н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України»
- Д.Д. Іванов**, д.м.н., професор, завідувач кафедри нефрології НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, головний дитячий нефролог МОЗ України
- В.М. Коваленко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, директор ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- В.В. Корпачов**, д.м.н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
- В.Г. Майданик**, д.м.н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри педіатрії № 4 НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України
- Б.М. Маньковський**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, головний ендокринолог МОЗ України
- Ю.М. Мостовой**, д.м.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України
- В.І. Паньків**, д.м.н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України
- О.М. Пархоменко**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»
- В.В. Поворознюк**, д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології та патології опорно-рухового апарату ДУ «Інститут геронтології НАМН України», директор Українського науково-медичного центру проблем остеополюзу
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., професор, академік НАМН України
- С.С. Страфун**, д.м.н., професор, головний ортопед-травматолог МОЗ України, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- І.М. Трахтенберг**, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, завідувач відділу токсикології ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»
- М.Д. Тронько**, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
- Ю.І. Феценко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Національний інститут фізіотерапії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»
- П.Д. Фомін**, д.м.н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри хірургії № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України
- Н.В. Харченко**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України
- В.І. Цимбалюк**, д.м.н., професор, академік НАМН України, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»
- В.П. Черних**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-кореспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету МОЗ України

Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»

Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович
Видавництво ТОВ «Тематичний проект «Здоров'я України 21 сторіччя»

- ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР **Ігор Іванченко**
ДИРЕКТОР З РОЗВИТКУ **Людмила Жданова**
ФІНАНСОВИЙ ДИРЕКТОР **Тетяна Черкасова**
ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР **Володимир Савченко**
ШЕФ-РЕДАКТОР **Наталія Мищенко**
ВИПУСКАЮЧИЙ РЕДАКТОР **Станіслава Шапошнікова**
МЕДИЧНИЙ ДИРЕКТОР **Олексій Терещенко**
МЕДИЧНИЙ РЕДАКТОР **Ольга Радучич**
ЛІТЕРАТУРНІ **Ірина Назаренко**
РЕДАКТОРИ/КОРЕКТОРИ **Ірина Сандрул**
Аліна Пасльон
НАЧАЛЬНИК **Інна Мартиненко**
ВІДДІЛУ ВЕРСТКИ І ДИЗАЙНУ **Олена Дудко**
ДИЗАЙНЕРИ **Максим Маликов**
Ірина Лесько
Наталія Дехтар
НАЧАЛЬНИК **Наталія Семенова**
ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ **Юлія Башкірова**
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРИ **Інна Головка**
Зоя Майєвська
Андрій Присяжнюк
Мирислава Табачук
АСИСТЕНТ ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ **Яна Бойко**
НАЧАЛЬНИК **Івалан Крайчев**
ВІДДІЛУ ВИРОБНИЦТВА **Степан Крайчев**
ТЕХНІЧНИЙ ДИРЕКТОР **Сергій Бадеха**
- Свідоцтво КВ № 14878-3849Р від 15.01.2009 р. Передплатний індекс 37632
Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів. За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори. Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.
Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади» є спеціалізованим виданням для медичних установ та лікарів.
Адреса для листів: вул. Механізаторів, 2, м. Київ, 03035.
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com
Контактні телефони:
Редакція 521-86-98, 521-86-97
Відділ маркетингу 521-86-91, 521-86-86
Відділ передплати та розповсюдження 521-86-98
Газету віддруковано у ТОВ «Видавничий дім «Аванпост-Прим», г. Київ-35, ул. Сурикова, 3/3.
Підписано до друку 23.12.2014 р.
Замовлення № Наклад 15 000 прим.