УДК 612.44

Скворцов В.В., доктор медицинских наук,
профессор кафедры внутренних болезней
ФГБОУ ВО ВолгГМУ МЗ РФ
Россия, г. Волгоград
Акимочкин Г.С.
Студент
3 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО ВолгГМУ МЗ РФ
Россия, г. Волгоград

ЙОДОДЕФИЦИТ И ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

Аннотация: *В настоящее время наблюдается рост числа заболеваний, обусловленных дефицитом йода. Основная причина – недостаточное поступление йода с продуктами питания. Это приводит к нарушению обменных процессов, угнетению когнитивных функций, неврологической патологии. В группе риска находятся беременные женщины, новорожденные, дети дошкольного и школьного возраста. Основными методами коррекции дефицита йода являются: йодирование пищевой поваренной соли, индивидуальная или групповая йодная профилактика.*

Ключевые слова: *йодный дефицит, щитовидная железа, токсический зоб, гипотиреоз, йодная профилактика*

Abstract: *There is an increase the number of diseases caused by iodine deficiency nowadays. The main reason is shortage of iodine in the food. This leads to disruption of metabolic processes, inhibition of cognitive functions, and neurological pathology. At risk are pregnant women, newborns, children of preschool and school age. The main methods for correcting iodine deficiency are: iodized table salt, individual or group iodine prophylaxis.*

Key words: *iodine deficiency, thyroid gland, toxic goiter, hypothyroidism, iodine prophylaxis.*

Под йододефицитными заболеваниями понимаются патологические состояния, возникающие вследствие недостаточного алиментарного поступления йода. Согласно ВОЗ, йододефицитные патологии самая часто встречаемая группа неинфекционных заболеваний: 1,57 млрд человек (25% населения планеты) имеют риск развития ЙДЗ. Примерно 20 млн. человек страдают от задержки умственного развития из-за недостатка йода. В 1980 году ВОЗ заявила, что больше половины человечества имеет нехватку йода (особенно в развивающихся странах) [1,2].

Наиболее тяжелые состояния, ассоциированные с дефицитом йода, связаны с пренатальными нарушениями развития. Среди них выделяют: гипотиреоз, неонатальный зоб, эндемический кретинизм.

Серьезным последствием нехватки йода является врожденный неврологический кретинизм. Это заболевание сопровождается спастической диплегией, глухотой, страбизмом.

Среднее потребление йода жителями России (40 - 80 мкг в день) в 3 раза меньше установленной нормы (150-250 мкг). Причина 95% случаев патологии щитовидной железы у детей, и 65% у взрослых заключается в недостаточном алиментарном поступлении йода [2].

Дефицит йода активирует внутритиреоидные медиаторы пролиферации и факторы роста: интерлейкины, инсулиноподобный фактор роста–1 (ИФР–1), эпидермоидный фактор роста (ЭФР). Индукция роста зоба происходит под влиянием внутритиреоидных факторов роста. Это приводит к диффузной гиперплазии щитовидной железы. В случае хронического йодного дефицита развивается эндемический зоб.

При длительном существовании дефицита йода компенсаторные механизмы истощаются, что приводит к образованию узлов (как

доброкачественных, так и злокачественных). Кроме того, в условиях дефицита йода может развиться гипотиреоз или тиреотоксикоз [3,4,5,6].

Гормоны щитовидной железы регулируют синтез трансферрина и влияют на всасывание железа в желудочно–кишечном тракте, активно стимулируют эритропоэз, ускоряют биосинтез белка и нуклеиновых кислот в костномозговой ткани. Нарушение анаболизма в костном мозге выступает причиной возникновение железофолиево–дефицитной анемии [1].

При снижении концентрации тиреоидных гормонов в головном мозге уменьшается содержание нейрогранина. Это приводит к неврологическим и глазодвигательным нарушения, снижению памяти и других когнитивных функций.

Патология щитовидной железы является наиболее распространенным эндокринным заболеванием в регионах с дефицитом йода. Йодный дефицит на 8-44% снижает познавательные функции у дошкольников и на 11 -38% у школьников. В йододефицитных районах в 2 раза чаще встречается умственная отсталость, а до 15% всех школьников испытывают значительные трудности с обучением. Недостаток йода сказывается и на хорошо успевающих в школе ребятах: у них снижается внимание (на 44% по сравнению со сверстниками, получающими достаточное количество йода), уменьшается интенсивность процессов восприятия (на 30%), ниже показатели мелкой моторики (на 17%). Темп мыслительной деятельности у детей, страдающих от дефицита йода, снижается на 20% по сравнению с возрастными нормами [7].

У подростков синтез гормонов щитовидной железы возрастает, что увеличивает потребность в йоде: суточное потребление йода должно составлять не менее 150 мкг. Резко возрастающая потребность в йоде у подростков приводит к увеличению щитовидной железы.

Распространенным методом профилактики нехватки йода выступает йодирование поваренной соли. Однако в ряде случаев (детский и подростковый возраст, беременность, период лактации у женщин) потребление йода должно быть увеличено. В этих ситуациях показана индивидуальная или групповая йодная профилактика.

Групповая йодная профилактика — предотвращение развития патологии, связанной с дефицитом йода, среди групп повышенного риска. Реализуется посредством регулярного длительного приема фармакологических препаратов, содержащих физиологическую дозу йода, в частности йодомарина 100/200. Индивидуальная йодная профилактика проводится с учетом индивидуальных особенностей пациента [8].

В 2014 г. ВОЗ представила рекомендации по насыщению пищевой соли йодом в целях профилактики заболеваний, вызванных нехваткой элемента. Концентрацию йода в соли возможно изменять в зависимости от уровня ее потребления. Так, при употреблении менее 5 г соли в день возможен оптимальный уровень алиментарного поступления йода. Это препятствует возникновению дефицита йода в периоды его повышенного расходования. Беременные и кормящие грудью женщины, а также дети до 2-х лет требуют дополнительной профилактики дефицита йода (групповой или индивидуальной). Препараты йодида калия способны удовлетворить повышенные потребности организма в йоде. Это предотвращает развитие йододефицитных заболеваний [9].

В качестве одного из медикаментозных средств может выступать препарат Йодомарин®. Данное фармацевтическое средство дало положительные результаты в лекарственной терапии дефицита йода. Оно обладает доказанной эффективностью, а также безопасно и подходит в качестве препарата выбора для профилактики и лечения заболеваний, связанных с нехваткой йода. Все мероприятия по профилактике ЙДЗ основаны на нормах физиологического потребления йода [3].

Применение фармакологических препаратов йодида калия способствует восполнению нехватки йода в периоды, когда потребность в данном элементе увеличивается. Примечательно, что данная группа лекарственных средств хорошо переносится матерью и ребенком.

Таким образом, суточная норма для беременных женщины и женщин в период грудного вскармливания составляет 250 мкг йодида калия. С учетом алиментарного потребления йода с продуктами питания, прием 1 таблетки Йодомарина 200 в сутки восполнит потери йода. Йодомарин® обеспечивает мать и ребенка достаточным поступлением йода. Это существенно снижает риск возникновения неонатальных осложнений, уменьшает число нарушений роста и развития плода, укрепляет здоровье ребенка. Существенное повышение содержания йода в грудном молоке является эффективной профилактикой транзиторного гипотиреоза младенцев. В случае диагностированной ЖДА суточная доза Йодомарина 200 должна быть повышена. Во время искусственного вскармливания содержание йода должно быть не ниже 100 мкг на литр смеси. Это необходимо для сбалансированного умственного развития ребенка в первые 6 месяцев жизни. В случаях отсутствия или недостаточного содержания йода в смеси рекомендуется дополнять рацион препаратом Йодомарин®. В отдаленном периоде необходимо наблюдать за оптимальным уровнем алиментарного поступления йода в организм ребенка [10].

Использованные источники:

1. Драгун И.Е., Дубровина Н.В., Твердикова М.А. Профилактика йододефицитных заболеваний у беременных // РМЖ. 2010. № 4. С. 192.

2. Фадеев В.В. Йододефицитные и аутоиммунные заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита (эпидемиология, диагностика, лечение).// Автореф. дис. д–ра мед. наук. М.? 2004.

3. Скворцов В.В. Йододефицит у детей, подростков и беременных женщин и пути его коррекции //Человек и лекарство-Казахстан. – 2017. – №. 4. – С. 82.

4. Скворцов В.В. Клиника, диагностика и лечение гипотиреоза //Медлайн-Экспресс. – 2010. – N 1. – С.41-42.

5. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Скворцова Е.М. Синдром гипотиреоза //Поликлиника. – 2010. – N 5. – С. 29-30.

6. Скворцов В.В., Тумаренко А.В. Клиническая эндокринология: краткий курс: учебно-методическое пособие / Скворцов В.В., А.В. Тумаренко. – Санкт-Петербург: Спецлит, 2015. – 186 с.

7. Абдулхабирова Ф.М. Актуальность проблемы йододефицита у детей младшего возраста.// Consilium Medicum. Педиатрия. (Прил.) 2011; 3: 76-82.

8. Свириденко Н.Ю. Йоддодефицитная патология щитовидной железы: профилактика и лечение// Лечащий врач. № 10. 2003.

9. Платонова Н.М., Трошина Е.А.. Йодный дефицит: решение проблемы в мире и России (25-летний опыт).// Consilium Medicum.(Прил.) 2015; 04: 44-50.

10. Есаян Р.М., Секинаева А.В., Рунихина Н.К., Ушкалова Е.А. Влияние дефицита йода на репродуктивное здоровье женщины.// Гинекология. 2013; 2: 33-36.