

УДК 616-056.44 (575.2) (04)

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Н.И. Ахунбаева* – докт. мед. наук, профессор,  
*О.Ш. Ошиков* – аспирант

---

In this article the general questions of iodine deficit diseases, in particular endemics goiter, diagnostic questions, prevention and preoperational preparations of patients with expressed phenomenon of tereotoxics are highlighted.

Йододефицит является одной из важнейших медико-социальных проблем современности. Из-за недостаточного поступления в организм йода рискуют потерять здоровье более миллиарда людей во всем мире. Йод – важный элемент тиреоидных гормонов, производимых щитовидной железой, их роль в нашем организме чрезвычайно велика: они отвечают за репродуктивную функцию человека, способствуют нормальному развитию ребенка в период внутриутробной жизни, обеспечивают нормальное течение беременности, отвечают за интеллектуальное развитие человека и за его иммунитет [1].

Дефицит йода в организме приводит к развитию зоба. Эндемический зоб – заболевание, характеризующиеся прогрессирующим увеличением ЩЖ с различной ее функциональной активностью. Заболевание наблюдается в местностях, где почва, а следовательно вода и пища бедны йодом. Содержание йода в почве колеблется от 50 до 9000 мкг/кг [2], что связано с глубиной ее промерзания в ходе последнего ледникового периода. Таяние ледников привело к вымыванию йода из почвы в лежащие ниже плодородного слоя уровни. Наиболее тяжелые эндемии наблюдаются в горных районах, а также в регионах, находящихся ниже уровня моря, если они удалены от океана. Значительные очаги зобной эндемии встречаются в

США, Египте, Швейцарии, Греции, Финляндии, Китае, Средней Азии, не является исключением Россия и страны бывшего СССР. Раньше заболевания ЩЖ относили в основном к геобиохимическим факторам и ведущее значение в этиологии различных форм зоба придавали дефициту йода. В настоящее время к этому добавляют факторы, связанные с жизнедеятельностью человека, – загрязнение окружающей среды, радиоактивные субстанции, техногенные катастрофы и т.д. Этим обстоятельством можно объяснить наличие зобной эндемии в некоторых йододефицитных, но экономически неблагополучных местах. В организме человека имеется всего 15–20 мг йода, суточная потребность в нем составляет 0,15–0,20 мг. Наиболее богатыми источниками йода для организма человека является морская рыба и морепродукты (800–1000 мкг/мг), морские водоросли (5000–900000 мкг/мг). Раньше степень йодной эндемии уточняли в зависимости от содержания йода в почве и воде. В настоящее время для эпидемиологических исследований рекомендовано изучать его количество в моче (йодурия), так как 70–80% йода выводится из организма почками, поэтому концентрация йода в моче относительно точно отражает его потребление с пищей [3].

Следует отметить, что увеличение числа больных связано как с ростом заболеваемости,

так и с широким внедрением высокоэффективных диагностических технологий. В конце XX века благодаря усилиям Международного совета по контролю за йододефицитными заболеваниями (ICCIDD) Всемирной организации здравоохранения и ряда других организаций, проблема дефицита йода была признана глобальной и социальной для человечества. Разработаны классификации йододефицитных состояний, пути их профилактики. В 1994 г. вступили в силу рекомендации ICCIDD по использованию индикаторов йодного дефицита, разработаны критерии его тяжести. Наиболее признанным методом массовой йодной профилактики является йодирование пищевой соли, которое позволяет охватить все население йододефицитного региона. По международным рекомендациям норматив содержания йода в соли составляет  $40 \pm 15$  мкг/г. При проведении групповой и индивидуальной йодной профилактики детям любого возраста рекомендуется назначать 150–200 мкг йода в сутки в составе таблетированных форм калия йодида.

Известно, что наибольшему риску в недостатке йода подвержены далеко удаленные от морей йодные районы. В частности, Кыргызская Республика, площадью 199,6 тыс. км<sup>2</sup>, находится в пределах двух горных систем Тянь-Шаня и Памира. На абсолютной высоте более 1500 м лежат три четверти всей площади республики. Дефицит йода в Кыргызстане наблюдается практически на всей его территории. Изучение зобной эндемии в Кыргызстане было начато в 40-х годах прошлого столетия академиком И.К. Ахунбаевым. По его данным, распространенность зоба в среднем по республике составляла 36,1% у взрослого населения и 20–25% у детей. В результате проводимой по инициативе И.К. Ахунбаева профилактики йодированной пищевой солью, наблюдалось значительное снижение зобной эндемии и к 1968 г. она составила всего 5%. После 1980 г. был утрачен глобальный контроль за динамикой эндемии зоба, поставка йодированной соли, контроль и профилактика йододефицитных состояний сведены почти к нулю. Отсутствие своей соляной промышленности, полная зависимость от привозной, где содержание йода не соответствует стандартам ГОСТ, привели к на-

рушению массовой профилактики, в результате чего вновь увеличилась заболеваемость зобом по республике, составляя в среднем 60%. У школьников, проживающих в южных регионах, частота зоба доходит до 70%. Увеличилось количество больных с диффузно-токсическим зобом, которые требуют особого отношения к ним в плане предоперационной подготовки. Оперировать недостаточно подготовленных больных с выраженными тиреотоксическими явлениями весьма опасно. Правильно и систематизировано проведенная подготовка больного к операции резко уменьшает послеоперационные осложнения и оперативную смертность. Подготовка больных тиреотоксикозом к операции не должна быть шаблонной. Она должна быть строго индивидуализированной, комплексной и соответствовать тяжести тиреотоксических явлений.

Рассмотрим периоды в развитии хирургии тиреотоксического зоба: дойодовый период, когда больные оперировались без специальной подготовки, летальность достигала 50%; йодовый период (1922–1943 гг.), когда в качестве предоперационной подготовки начали давать люголовский раствор (Plummer, 1922 г.), в это время резко снизилась послеоперационная смертность и осложнения [1]. После 50-х годов начался период подготовки больных к операции тиреостатиками. К сожалению, перестали применять в качестве предоперационной подготовки препараты йода. Учитывая действие препаратов йода на функцию и ткань щитовидной железы, мы решили возобновить предоперационную подготовку препаратами йода в сочетании с другими средствами у больных с диффузно-токсическим зобом. Назначение йода не только угнетает функцию щитовидной железы, но и уменьшает гиперплазию, васкуляризацию и ранимость ткани, она становится плотнее и меньше кровоточит во время операции. Учитывая рост йододефицитных заболеваний в республике, Правительство Кыргызской Республики приняло в 2002 г. Национальную программу по снижению уровня ЙДЗ, был разработан и принят закон Кыргызской Республики “О профилактике йододефицитных заболеваний”. Основная роль в новой программе отведена массовому применению

йодированной соли, обогащенной солями йода в дозе  $40 \pm 15$  мкг/кг.

В республике стал работать проект Азиатского банка развития (АБР) по массовой йодной профилактике, по йодированию соли и открытию новых цехов по йодизации соли. Большую поддержку оказали международные организации (ЮНИСЕФ, Швейцарский Красный Крест). Однако до разрешения этой проблемы еще далеко. Эта работа требует усилий многих

органов и должна решаться комплексно на государственном уровне.

#### **Литература**

1. *Зографски С.* Эндокринная хирургия. – София, 1977.
2. *Калинин А.П.* Хирургическая эндокринология / А.П. Калинин, Н.А. Майстренко, П.С. Ветчева. – СПб.: Питер, 2004.
3. *Султаналиева Р.Б.* Йододефицитные заболевания в Кыргызстане. – Бишкек, 2006. – 224 с.