

УДК 616 - 008.921.5 -008.64.- 084 (575.2) (04)

ЙОДДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Р.Б. Султаналиева – канд. мед. наук, доцент

Epidemiological screening has been carried out in Kyrgyzstan in order to assess the prevalence of iodine deficiencies. The incidence of goiter was assessed, iodine excretion with the urine level and levels of neonatal thyrotropic hormone (TTH) were measured. Iodine Deficiency of different was detected in all regions of Kyrgyzstan. Today the problem of IDD Liquidation in Kyrgyzstan has acquired a state significance.

Последние годы отмечены усиленным вниманием медицинской общественности всего мира к проблеме хронического йодного дефицита. Одной из причин этого является широкая распространенность и тяжесть проявлений йоддефицитных заболеваний (ЙДЗ). По современным сведениям, около 1,6 млрд людей в 110 странах мира имеют риск развития йодного дефицита, который является наиболее частой, и, вместе с тем, единственно предотвращаемой причиной умственной отсталости. Проявления йоддефицитных заболеваний уже существуют у 740 млн. человек (в основном эндемический зоб), а 50 млн. людей имеют выраженную умственную отсталость в результате низкого содержания йода в пище [1].

По своему географическому расположению Кыргызстан относится к внутренним, далеко удаленным от морей регионам, поэтому дефицит йода наблюдается практически на всей его территории.

С 1980 г. в республике был утрачен глобальный контроль за динамикой эндемии зоба (одного из проявлений ЙДЗ). Отсутствие собственной промышленности по производству соли, полная зависимость от ввозимого продукта, где содержание йода не соответствует стандартам, привели к резкому снижению потребления йода населением республики. В

развитии йодных заболеваний неблагоприятную роль сыграли сложившиеся за последние годы изменения в характере питания населения республики – резко сократилось потребление богатых йодом морепродуктов. У жителей Кыргызстана в питании велика доля продуктов, в которых содержится мало природного йода. Кроме того, у населения очень низкий уровень осведомленности по вопросам йодной недостаточности.

Для оценки сложившейся в государстве ситуации, начиная с 1994-1995 гг., стали проводиться эпидемиологические исследования заболеваний. Этому способствовало появление новых методов исследования содержания йода в организме, а также изменение подходов к методам эпидемиологического обследования населения с йоддефицитным заболеванием [2]. Учитывая это, были использованы современные критерии – ультразвуковая волнометрия щитовидной железы (ЩЖ), определение обеспеченности популяции йодом по экскреции его с мочой, определение частоты гипертиреотропинемии у новорожденных, на основе которых судили о наличии степени выраженности йодного дефицита.

Всего было обследовано 3884 школьников в возрасте от 7 до 16 лет, проживающих в южных и северных областях республики (табл. 1).

Таблица 1

Показатели тяжести йодной эндемии
в различных климатогеографических регионах Кыргызстана (1995–1996 гг.)

Показатель	Бишкек	Иссык-Кульская область	Ошская область	Джалал-Абадская область	Нарынская область
Частота зоба пальпаторно, %	45,3	46,3	51,5	85,6	35,7
Частота зоба по УЗИ, %	23,8	27,9	28,1	70,1	20,1
Общая йодная недостаточность, %	91,7	93,0	100,0	97,8	94,0
Медиана йодурии, мкг/л	30,0	35,0	45,0	25,0	47,0

Таблица 2

Распространенность хронических форм заболеваний у школьников с зобом
(частота на 1000)

Группа болезней	Школьники с зобом (332 чел.)	Школьники без зоба (347 чел.)
Болезни органов дыхания (в том числе болезни миндалин, аденоидные вегетации)	223,1	95,9
Болезни зубов (кариес)	420,0	238,0
Вегетососудистая дистония	190,0	68,6
Болезни органов пищеварения	40,2	16,0
Болезни костно-мышечной системы	54,0	22,9
Аллергические заболевания	34,8	3,6
Воспалительные заболевания мочеполовой системы	21,4	3,2
Логоневроз, заикание	8,1	3,0

Результаты исследования свидетельствуют о наличии йодного дефицита практически на всей территории Кыргызстана. Наиболее выражен он в южных областях республики – эндемический зоб (ЭЗ) выявлен у школьников с частотой от 20,1 до 70,1%.

При осмотре пациентов с эндемическим зобом основным проявлением служат увеличенные размеры щитовидной железы. При углубленном обследовании школьников обращало на себя внимание то, что они имели худшие показатели в физическом и половом развитии, у них была снижена успеваемость в школе, они часто болели, а заболевания протекали в хронической форме [3].

Сведения о распространенности хронических неинфекционных заболеваний у детей с эндемическим зобом (332 ребенка) представлены в табл. 2.

Таким образом, общий уровень хронической патологии у школьников с зобом в 2 раза выше, чем у детей без зоба.

Общеизвестно, что дефицит йода является одной из существенных причин гипотиреоза и кретинизма.

До настоящего времени в Кыргызской Республике популяционные исследования для выявления гипотиреоза не проводились. В тоже время считается, что йоддефицитный зоб – это скрытый гипотиреоз, при котором гиперплазированная ЩЖ лишь временно может поддерживать эутиреоидное состояние. Следовательно, повышенные потребности организма в гормонах щитовидной железы могут привести к срыву компенсаторных механизмов регуляции (что наблюдается при дефиците потребления йода) и будут манифестировать в виде гипотиреоза.

В этой связи анализ состояний, сопровождающихся гипотиреозом у населения Кыргызской Республики, и динамики заболеваемости ЩЖ в течение последних лет позволили охарактеризовать проблему дефицита йода. С этой целью использованы уточненные отчетные данные Нацкомстата республики за 1993–

2001 г. Установлено, что за этот период количество больных гипотиреозом увеличилось на всей территории республики – темп заболеваемости гипотиреозом по республике составил 118,91%, по областям – от 47,02% до 319,58%. Наибольший прирост частоты гипотиреоза отмечен в Иссык-Кульской, Джалал-Абадской, Ошской, Нарынской областях – очагах среднего и тяжелого йодного дефицита.

Структура заболеваемости гипотиреозом представлена в табл. 3.

В структуре заболеваемости гипотиреозом взрослых, обусловленный йоддефицитом, занимает первое место и составляет 45,40%. Среди детского населения преобладает врожденный гипотиреоз, а на 2-ом месте – гипотиреоз вследствие йодной недостаточности.

Следует отметить, что в регионах с выраженным йодным дефицитом частота врожденного гипотиреоза, по данным скрининга, достигает 9–11%. Причем в йоддефицитных регионах очень высок процент транзиторного гипотиреоза новорожденных, с продолжительностью от нескольких недель до нескольких месяцев. Эта форма гипотиреоза зачастую не распознается, но является одной из причин повреждения коры головного мозга ребенка. Впоследствии у таких детей нормальная функция ЩЖ восстанавливается, однако нарушения интеллектуального развития сохраняются на протяжении всей жизни.

Для выявления неонатального гипотиреоза было проведено определение в плазме крови содержания тиреотропного гормона (ТТГ) у

155 новорожденных из различных регионов республики. Концентрация ТТГ в капиллярной крови более 5 мЕ/л выявлена у 76,8% (119) новорожденных. Если это состояние сохраняется более длительное время, при ТТГ > 20 мЕ/л оно может приводить к развитию развернутой клинической картины врожденного гипотиреоза (кретинизма) [4]. Эти данные свидетельствуют, что тяжелый и среднетяжелый йодный дефицит, имеющий место на территории Кыргызстана, увеличивает распространенность гипотиреоза.

В целях проведения неотложных мероприятий Правительство Кыргызской Республики приняло в сентябре 1994 г. постановление № 726 «О ликвидации йоддефицитных расстройств среди населения Кыргызской Республики».

В 1994–1999 гг. в республике были организованы цеха по йодизации пищевой соли, проводился жесткий контроль за выполнением действующих нормативно-технических требований государственного стандарта КР на пищевую и кормовую йодированную соль на производствах по йодированию соли, приняты меры по совершенствованию технологического процесса. Проводилась информационно-пропагандистская деятельность и мероприятия в области просвещения и коммуникативного воздействия.

Повторные эпидемиологические исследования, проведенные нами, показали некоторую положительную динамику (табл. 4).

Таблица 3

Число зарегистрированных случаев манифестного гипотиреоза в республике и структура заболеваемости (2001 г.)

Гипотиреоз	Количество больных, абс.			Количество больных, %		
	Взрослые	Дети	Всего	Взрослые	Дети	Всего
Гипотиреоз вследствие йодной недостаточности	493	40	533	45,40	26,14	43,02
Врожденный гипотиреоз	40	106	146	3,68	69,28	11,78
Послеоперационный гипотиреоз	283	1	284	26,05	0,65	22,92
Гипотиреоз после тиреоидитов	188	3	191	17,31	1,96	15,41
Гипотиреоз вызванный медтами и др. внешними веществами	82	3	85	7,55	1,96	6,86
ИТОГО:	1086	153	1239	100	100	100

Показатели экскреции йода с мочой
(по результатам мониторинга 2000–2001 гг.)

Показатели	Бишкек	Чуйская обл.	Нарын. обл.	Талас. обл.	Иссык-Кульская обл.	Ошская обл.	Джалал-Абад. обл.
К-во обследов.	302	587	208	196	286	348	212
Медиана йодурии (мкг/л)	118,6	70,5	49,5	49,6	49,3	60,5	47,8

Проведенные исследования показывают, что проблема йодной недостаточности в Кыргызстане до конца не решена. Йодный дефицит легкой и средней тяжести сохраняется практически на всей территории республики.

ВОЗ и ЮНИСЕФ рекомендуют в качестве универсального и высоко экономичного метода ликвидации йододефицитного заболевания в глобальном масштабе – всеобщее йодирование соли [5]. Учитывая это, Правительством Кыргызской Республики утверждена постановлением от 9 декабря 2002 г. № 836 Национальная программа снижения уровня ЙДЗ. Ключевые компоненты программы: развитие инфраструктуры по производству, хранению и реализации пищевой йодированной соли, мероприятия по недопущению использования населением нейодированной пищевой соли.

Литература

1. World Health Organization. Global Prevalence of Iodine Deficiency Disorders. – Geneva, 1993.
2. WHO: Indicators for Assessing Iodine Deficiency Disorders and Their Control Programmes // Report of a Joint WHO / UNICEF / ICCIDD Consultation, September. – 1993.
3. Щеплягина Л.А. Особенности состояния здоровья детей из регионов экологического неблагополучия: Автореф. дис. ...докт. мед. наук. – М., 1995. – 43 с.
4. Delange F. // The Thyroid. A Fundamental and Clinical Text / Eds L.E. Braverman, R.D. Utiger. – Philadelphia, 1996. – P. 756–767.
5. Герасимов Г.А. Йодирование соли – эффективный путь ликвидации ЙДЗ в России // Пробл. эндокринологии. – 2002. – Т.48. – № 6. – С. 7–10.