



О РЕЗУЛЬТАТАХ ВНЕДРЕНИЯ СТРАТЕГИИ ЛИКВИДАЦИИ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА В КЫРГЫЗСТАНЕ

Султаналиева Р.Б., Рысбекова Г.С.

Кыргызско-Российский Славянский Университет, г. Бишкек, Кыргызстан.

Резюме. Изучены результаты внедрения стратегии ликвидации йодного дефицита в Кыргызстане. У 45,2 % беременных женщин концентрация йода в моче была ниже 100 мкг/л, медиана йодурии составила 111,0 мкг/л, что указывает на недостаточную йодную обеспеченность. В группах риска по ЙДЗ рекомендуется проводить индивидуальную йодную профилактику.

Ключевые слова: дефицит йода, беременные, медиана йодурии.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ЙОДЖЕТИШСИЗДИКТИ ЖОЮУНУН СТРАТЕГИЯСЫНЫН ЖЫЙЫНТЫГЫ

Султаналиева Р.Б., Рысбекова Г.С.

Кыргыз - Орус Славян Университети, Бишкек, Кыргызстан.

Корутунду. Кыргызстандагы йоджетишсиздикти жоюунун стратегиясынын жыйынтыгы изилденди. 45,2% кош бойлуу аялдар дагы деле болсо йодтун жетишсиздигине душар болду, алардын йодурия медианасы 111 мкг/л туздуу. Тобокелдуу коркунуч группаларга индивидуалдуу профилактикалык йодчараларды зарыл улантыш керек.

Негизги создөр: йоджетишсиздик, кош бойлуу аялдар, йодурия.

ABOUT THE RESULTS OF INTRODUCTION OF STRATEGY FOR LIQUIDATION IODINE DEFICIENCY IN KYRGYZSTAN

Sultanalieva R.B., Risbekova G.S.

Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. The results of introduction of strategy for liquidation iodine deficiency in Kyrgyzstan are studied. The concentration of iodine in urine of 45,2% pregnant women was below 100 microg/l, the median urine of the pregnant women was 111 microg/l. There iodine status was not optimal. It is recommended to conduct an individual iodine prophylaxis in risk groups.

Key words: iodine deficiency, pregnant women, median urine.

Йодный дефицит является важной медико-социальной проблемой, поскольку его наличие доказано практически на всей территории Кыргызстана и во многих регионах мира. По результатам исследований, проведенных в 1994-2000 годах, республика была отнесена к странам со среднетяжелой степенью йодной недостаточности [1]. В основу государственной стратегии ликвидации йододефицитных заболеваний (ЙДЗ) было положено широкомасштабное использование йодированной соли, что основано на многочисленных исследованиях, доказывающих эффективность такого подхода, и рекомендациях Детского фонда ООН ЮНИСЕФ и ICCIDD [2,3,4]. В Кыргызстане разработана и внедрена «Национальная программа снижения уровня ЙДЗ в Кыргызской Республике». Были также приняты следующие нормативно-правовые акты: Закон Кыргызской Республики (КР) «О профилактике ЙДЗ»; указ Президента КР «Об усилении государственного регулирования и контроля за производством, ввозом, хранением и

реализацией соли в Кыргызской Республике». Важным разделом государственной стратегии стало изменение качества реализуемой в республике соли. Были изменены стандарты по добавлению йода в сторону увеличения: принят стандарт 40 ± 15 мг/кг соли и предопределено использование при изготовлении соли более стабильного йодата калия [3].

Чрезвычайно важным на пути решения проблемы ЙДЗ является внедрение системы биологического мониторинга обеспеченности населения йодом, который позволяет подтвердить наличие йодного дефицита и оценить степень его выраженности, определить эффективность проводимых мероприятий и адекватность йодной корректировки, зарегистрировать ликвидацию йодного дефицита как проблему здравоохранения.

Цель исследования. На основе биологического мониторинга лиц, имеющих наибольший риск возникновения ЙДЗ, оценить результаты внедрения стратегии ликвидации йодной недостаточности в Кыргызстане.



Материалы и методы исследования. В группу повышенного риска по развитию ЙДЗ входят дети и беременные женщины. Статус потребления йода у этих лиц является основным критерием, который определяет эффективность любой стратегии профилактики ЙДЗ. Для реализации цели настоящего исследования обследовано 580 беременных женщин в возрасте от 17 до 43 лет из 30 репрезентативных регионов Кыргызстана. Срок беременности от 8 до 38 недель. Йодная обеспеченность организма оценивалась по экскреции йода с мочой церий-арсенидным методом, модифицированный Д. Данном и Ф. Ван дер Хаар (1994) и признанный ВОЗ в качестве стандартного [2].

Степень тяжести йодного дефицита оценивалась по критериям, принятым ВОЗ, ЮНИСЕФ и ICCIDD [3].

Результаты исследования и обсуждение. Медианное значение срока беременности у участниц было между 8 и 38 неделями; 146 (25%) женщин находились в первом триместре беременности, 223 (38%) – во втором триместре, и 211 (36%) – в третьем триместре. Показатели йодной обеспеченности беременных женщин различных регионов Кыргызстана представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели йодной обеспеченности беременных женщин различных регионов Кыргызстана

Регион	Количество обследованных	Концентрация йода в моче (мкг/л)	
		Колебания йодурии	Медиана йодурии
г. Бишкек	60	23,9 – 450,9	94,9
Чуйская область	80	16,4 – 550,7	67,5
Иссык – Кульская область	57	29,2 – 475,1	137,7
Нарынская область	38	20,5 – 505,9	57,9
Таласская область	20	54,7 – 528,0	154,2
Ошская область	154	22,9 – 592,4	136,9
Баткенская область	56	8,7 – 462,3	182,1
Жалалабатская область	115	12,0 – 543,2	128,4
Итого по республике	580	8,7 – 592,4	111,0

Уровень йодурии обследованных беременных женщин колебался от 8,7 до 592,4 мкг/л. Медианное значение концентрации йода в моче у беременных женщин оказалось равным 111 мкг/л (95% CI: 102-121); у 355 женщин (61,2%; 95% CI: 57.2 – 65.1) концентрация йода в моче составила ниже 150 мкг/л, у 100 женщин (17,2%; 95% CI: 14.4 – 20.5) значения варьировали от 150 до 249 мкг/л, уровень йода в моче у 125 (21,6%; 95% CI: 18.4 – 25.1) женщин был ≥ 250 мкг/л. У большинства женщин (90%) уровень йода в моче варьировал от 30 до 452

мкг/л. Концентрация йода в моче беременных женщин из Чуйской и Нарынской областей оказалась меньше, чем во всех других областях. Среди женщин медианное значение концентрации йода в моче соответствовало рекомендованному международному уровню 150 – 250 мкг/л только в Баткенской и Таласской областях. Показатели частотного распределения экскреции йода с мочой в зависимости от степени выраженности йодной недостаточности у обследованных беременных женщин представлены в табл. 2.

Таблица 2

Концентрация йода в моче у беременных женщин и ее частотное распределение в зависимости от степени выраженности йодной недостаточности

Концентрация йода в моче (медиана) мкг/л	К-во женщин, имеющих содержание йода в моче менее 100 мкг/л										100 мкг/л и >	
	Общее к-во		0–19,9 мкг/л		20–49,9 мкг/л		50–99,9 мкг/л					
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
111,0	262	45,2	5	0,9	90	15,5	167	28,8	318	54,8		

Как видно из представленных данных, йодную недостаточность на момент обследования имели 262 (45,2%) женщин, из них 0,9% – тяжелую степень, среднюю – 15,5%, легкую – 28,8%. 318 (54,8%) беременных имели йодурию более 100 мкг/л.

Таким образом, эпидемиологические исследования, проведенные среди лиц, имеющих наибольший риск развития ЙДЗ, позволили оценить эффективность стратегии ликвидации йодной недостаточности в Кыргызстане. У 45,2% беременных женщин отмечается недостаточное потребление йода (медиана йодурии менее 100 мкг/л), у них имеется высокий риск развития ЙДЗ. У 61,2% беременных женщин концентрация йода в моче была ниже 150 мкг/л. Как известно, экспертная группа

ВОЗ и ЮНИСЕФ пересмотрела рекомендованные уровни потребления йода с питанием в группах наибольшего риска в сторону их увеличения [5]. Так, ВОЗ ранее рекомендовала беременным и кормящим женщинам 200 мкг йода в день (в США рекомендованная потребность была выше – 220 мкг в день). С учетом повышенной потребности в йоде в указанные критические периоды эксперты ВОЗ рекомендовали повысить норму его потребления до 250 мкг/сут. В идеале медиана йодурии беременной женщины должна колебаться в пределах 150 – 250 мкг/л (уровень USPSTF). Согласно данным ВОЗ [5], Кыргызстан отнесен к группе стран, которым рекомендовано предпринимать все необходимые меры для увеличения охвата домохозяйств йодиро-



данной солью более 90% и лишь при неэффективности принимаемых мер рассмотреть целесообразность и эффективность проведения профилактики препаратами йода в группах наибольшего риска. К данной группе относятся также следующие страны СНГ: Беларусь, Молдова, Узбекистан и Таджикистан.

Выводы

1. У 45,2 % беременных женщин отмечается недостаточное потребление йода, у 61,2% - концентрация йода в моче была ниже 150 мкг/л, медианное значение йодурии составило 111,0 мкг/л.
2. В Кыргызстане необходимо более активно укреплять стратегию всеобщего йодирования соли. В группах риска по ЙДЗ рекомендуется проводить индивидуальную и групповую профилактику физиологическими дозами йода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Султаналиева Р.Б. Йододефицитные заболевания в Кыргызстане. – Бишкек, 2006. — 228 с.
2. Дани Д., Ван дер Хаар Ф. Практическое руководство по устранению йодной недостаточности. Техническое пособие № 3 / ICCIDD, UNICEF, WHO. — 1994. — 59 с.
3. WHO, UNICEF, ICCIDD. Recommended Iodine Levels in Salt and Guidelines for Monitoring Their Adequacy and Effectiveness. — Geneva, 1996.
4. Wu T., Liu G.J., Li P., Clar C. Iodized salt for preventing iodine deficiency disorders (Cochrane Review) // Cochrane Database Syst. Rev. — 2002. — № 3.
5. Герасимов Г.А. О новых рекомендациях ВОЗ и ЮНИСЕФ по профилактике йододефицитных заболеваний. /Клиническая и экспериментальная тиреологическая. —2008. —том.4. —№1.