

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова
ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

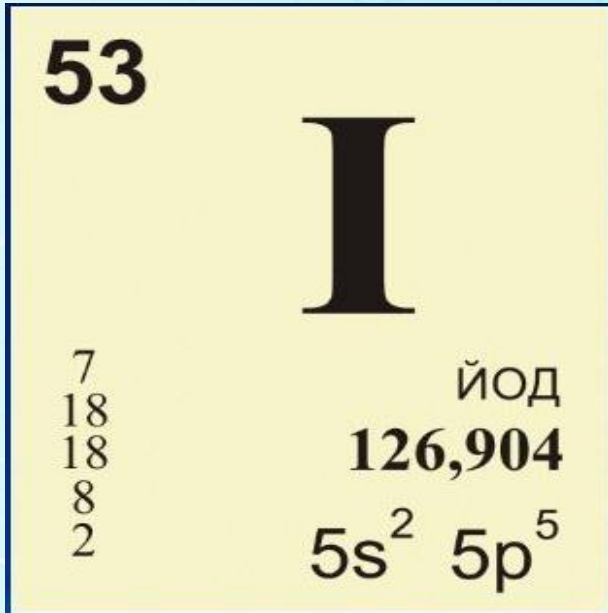
Влияние недостаточного йодного обеспечения беременных на состояние их новорожденных

Мацынина М.А – к.м.н. доцент кафедры педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечников

Налетов А. В. – д.м.н., зав. каф. педиатрии №2 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, профессор

Мацынин А. Н. – д.м.н. доцент каф. акушерства и гинекологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, доцент

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ



- Йодный дефицит (ЙД) признан глобальной медико-социальной проблемой, поскольку затрагивает около трети населения планеты и влечет за собой серьезные последствия для его здоровья [1].
- Доказана актуальность проблемы ЙД для многих районов Российской Федерации и Донецкого региона [2, 3].

1. Iodine deficiency in 2007: global progress since 2003. / B. de Benoist, E. McLean, M. Andersson, L. Rogers // Food Nutr. Bull. 2008; 29 (3): 195–202.

2. Трошина Е. А., Платонова Н. М., Панфилова Е. А., Панфилов К. О. Аналитический обзор по результатам мониторинга основных эпидемиологических характеристик йододефицитных заболеваний у населения Российской Федерации за период 2009–2015 гг. Проблемы эндокринологии. 2018; 64 (1): 21–37. <https://doi.org/10.26442/20751753.2019.4.190337>

3. Мацынин, А. Н. Состояние проблемы йодного дефицита и методы его профилактики у беременных на Востоке Украины / А. Н. Мацынин // Здоровье женщины. 2009; 7 (43): 193–196.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

- ЙД у беременных приводит к развитию широкого спектра осложнений:
 - гестационных (невынашивание беременности, плацентарная недостаточность, высокая частота развития преэклампсии)
 - перинатальных (задержка развития, пороки развития, морфофункциональная незрелость)[1, 2].
- Наиболее значимым последствием недостаточного йодного обеспечения во время беременности, считается задержка умственного развития потомства [1-5].

1. Трошина Е. А. Йододефицитные заболевания и беременность. Современные аспекты профилактики // Трудный пациент. 2012; 10 (8-9): 16-20.

2. Щеплягина Л. А., Курмачева Н. А. Йодный дефицит: клиническое значение для беременных и кормящих женщин. Гинекология. 2011; 13: 3: 63-66.

3. Delange F. Iodine deficiency as a cause of brain damage. Postgrad Med J. 2001; 77: 217-220.

4. Долгушина Н. А., Кувшинова И. А., Мицан Е. Л., Яковлева Л. А. Гигиеническая оценка влияния йодного дефицита на психофизиологические показатели у детей // Вестник новых медицинских технологий. 2019; 3: 29-32.

5. Курмачева Н. А., Наумова Ю. В., Рогожина И. Е. Особенности состояния новорожденных в зависимости от пренатального йодного обеспечения. Саратов научно-мед журн 2011; 7: 1: 47-49

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

- Во время беременности потребность в йоде возрастает более чем на 50% и составляет 250 мкг в сутки, что обусловлено рядом специфических для беременности факторов [1, 2].
- Известно, что в регионе природного йодного дефицита массовая йодная профилактика не обеспечивает необходимое для беременной количество йода.
- При наступлении беременности у жительниц йоддефицитного региона, не получающих йодную дотацию, незначительные запасы йода быстро истощаются, что приводит к развитию осложнений [3, 4].
- Однако, уникальность проблемы йодного дефицита заключается в том, что адекватная йодная профилактика полностью предупреждает весь спектр патологических состояний, вызванных нехваткой йода.

1. Фадеев В. В. По материалам клинических рекомендаций Американской тиреоидной ассоциации по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы во время беременности 2017 года. // *Клиническая и экспериментальная тиреоидология*. 2018; 14 (3): 128–139. doi: <https://doi.org/10.14341/ket9794>

2. Moleti M. Thyroid physiology in pregnancy / M. Moleti, F. Trimarchi, A. Verminlgo // *Endocr. Pract.* 2014; 20 (6): 589–596.

3. Трошина Е. А. Йоддефицитные заболевания и беременность. Современные аспекты профилактики // *Трудный пациент*. 2012; 10 (8–9): 16–20.

4. Щеплягина Л. А., Курмачева Н. А. Йодный дефицит: клиническое значение для беременных и кормящих женщин. *Гинекология*. 2011; 13: 3: 63—66.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

- Несмотря на значительное внимание, уделяемое данной проблеме, в настоящее время не создано эффективной системы профилактики йодного дефицита и йоддефицитных заболеваний.
- Разрыв между возможностями и реально существующей системой йодной профилактики определяет необходимость поиска оптимальной системы профилактики йодного дефицита у женщин, проживающих в регионе природного йодного дефицита, особенно с нереализованными репродуктивными планами.
- Нерешенным остается и вопрос влияния легкого йодного дефицита на состояние новорожденных, матери которых имели недостаточное йодное обеспечение на протяжении гестационного периода.

Материал и методы

Проведен сравнительный клинико-статистический анализ состояния **146** новорожденных.

I (основная) группа - 87 новорожденных от матерей, имевших недостаточное йодное обеспечение на протяжении всей гестации.

II группа (контроля) - 59 новорожденных от матерей, имевших нормальный уровень йодного обеспечения на протяжении всего периода гестации, получавшие калия йодид 200 мкг в сутки на предгравидарном этапе и 250 мкг в сутки с момента установления факта беременности.

Все новорожденные были доношенными без статистических различий по сроку гестации. Совместно с неонатологом сразу после рождения проводился их осмотр и измерение. Состояние новорожденных оценивалось по данным клинического обследования на первой и пятой минуте по 10-бальной шкале V. Argar (1965), проявления дыхательных нарушений оценивалось по шкале V. Silverman (1965).

Сравнительный анализ оценки новорожденных по шкале Апгар

Группа	Оценка по шкале Апгар	
	1-я минута	2-я минута
I, n=87	7,0 ± 0,2*	8,1 ± 0,2*
II, n=59	7,9 ± 0,1	8,8 ± 0,1

* – различия между группами статистически значимы ($p < 0,05$).

На первой и на 5-й минуте после родов установлено снижение компенсаторно-приспособительных механизмов у новорожденных на фоне недостаточного йодного обеспечения их матерей.

Сравнительный анализ оценки новорожденных по шкале Апгар

Группа	Минимальная оценка по шкале Апгар	
	1-я минута	2-я минута
I, n=87	2	6
II, n=59	4	7

При более глубоком анализе оценки новорожденных по шкале Апгар также выявлены существенные различия ее минимальных значений, что отражает особенности внутриутробного развития и интранатального состояния плода.

Частота и характер патологии новорожденных у матерей с йодным дефицитом (n/P ± m, %)

Характер патологии	Группы	
	I, n=87	II, n=59
Без асфиксии	18 / 20,7 ± 4,3*	58 / 98,3 ± 1,7
Асфиксия, в т.ч.:		
– средняя	69 / 79,3 ± 4,3*	1 / 1,7 ± 1,7
– тяжелая	60 / 69,0 ± 5,0*	1 / 1,7 ± 1,7
Признаки задержки развития	9 / 10,3 ± 3,3	0
Признаки задержки развития	11 / 12,6 ± 3,6*	1 / 1,7 ± 1,7
Респираторный дистресс синдром	9 / 10,3 ± 3,3	0
Признаки морфофункциональной незрелости	9 / 10,3 ± 3,3*	2 / 3,4 ± 2,4
Родовая травма	6 / 6,9 ± 2,7	0

* – различия между группами статистически значимы ($p < 0,05$).

Выводы и дальнейшие перспективы исследования

Проведенный сравнительный клинико-статистический анализ позволил установить неблагоприятное влияние недостаточного йодного обеспечения беременных на состояние их новорожденных.

Установлено, что:

- частота рождения новорожденных в состоянии асфиксии у женщин с недостаточным йодным обеспечением в 46,6 раза превышала таковую у женщин с нормальным уровнем йодного обеспечения;
- у новорожденных от матерей с нормальным уровнем йодного обеспечения регистрировалась лишь асфиксия средней степени тяжести, то у новорожденных от матерей с недостаточным йодным обеспечением регистрировалась асфиксия как средней, так и тяжелой степени тяжести;
- респираторный дистресс синдром и родовая травма регистрировались лишь у новорожденных от матерей с недостаточным йодным обеспечением во время гестации;

Выводы и дальнейшие перспективы исследования

- признаки задержки развития и морфофункциональной незрелости у новорожденных I группы отмечались в 7,4 и 3,0 раза чаще в сравнении с новорожденными II группы;
- при отсутствии значимых различий средних значений массы и длины тела у новорожденных в группах I и II, минимальное значение массы тела у новорожденных I группы оказалось меньше в сравнении с показателями новорожденных II группы;

Следует продолжить изучение влияния ЙД у беременных на частоту и характер перинатальных осложнений с целью установления патогенеза их развития и разработки эффективного патогенетически обоснованного комплекса мер лечения и профилактики указанных осложнений.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!



Йод

I 53

ИОД
126,904

$5s^2 5p^5$

7
18
18
8
2

