Йодомарин®

калію йодид

ЙОД, ЩО ПОТРІБЕН ДЛЯ ЖИТТЯ!*

ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ПРЕПАРАТ ЙОДУ №1 в Україні**

Профілактика розвитку дефіциту йоду:

- *у період вагітності;*
- *у період годування груддю;*
- *у дорослих та дітей.*

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЙОДОМАРИН® 100 (JODOMARIN® 100), ЙОДОМАРИН® 200 (JODOMARIN® 200).

Склад: 1 таблетка 100 містить калію йодиду 131 мкг, що відповідає йодиду 100 мкг або 1 таблетка 200 містить калію йодиду 262 мкг, що відповідає 200 мкг йодиду; **Лікарська форма.** Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Препарати йоду, що застосовуються при захворюваннях щитоподібної залози. Код АТХ Н03С А. **Показання.** Профілактика розвитку дефіциту йоду, у тому числі у період вагітності або годування груддю. Профілактика рецидиву йод-дефіцитного зоба після хірургічного видалення, а також після завершення комплексного лікування препаратами гормонів щитоподібної залози. Лікування дифузного еутиреоїдного зобу у дітей, у тому числі у новонароджених та дорослих. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до йоду або до одного з інших компонентів препарату. Маніфестний гіпертиреоз. Застосування калію йодиду у дозах, що перевищують 150 мкг йоду на добу, при латентному гіпертиреозі. Застосування калію йодиду у дозах від 300 до 1000 мкг йоду на добу при автономній аденомі, фокальних та дифузних автономних вогнищах щитоподібної залози, за винятком передопераційної йодотерапії з метою блокади щитоподібної залози за Пламером. Туберкульоз легенів. Геморагічний діатез. Герпетиформний дерматит Дюринга (синдром Дюринга-Брока). **Побічні реакції.** При профілактичному застосуванні йодиду у будь-якому віці, а також при терапевтичному застосуванні у немовлят та дітей небажаних ефектів, як правило, не спостерігається. З боку імунної системи: реакції гіперчутливості ендокринної системи та інші. **Категорія відпуску.** Без рецепта. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкціях для медичного застосування ЙОДОМАРИН® 100 від 15.02.2017 № 141 РП №UA/0156/01/01, ЙОДОМАРИН® 200 від 06.03.2018 № 450, РП № UA/0156/01/02. **Назви і місцезнаходження виробників.** Менаріні - Фон Хейден ГмбХ. Лейпцігер Штрасе 7-13, 01097 Дрезден, Німеччина.

* Для мешканців йододефіцитних регіонів. ** Згідно даних роздрібного аудиту Системи дослідження ринку «Фармексплорер» з продажів усіх препаратів групи АТХ код 3Н03С за період 2017 р.

1. Інструкція для медичного застосування препарату ЙОДОМАРИН® 100 від 15.02.2017 №141, РП № UA/0156/01/01
2. Інструкція для медичного застосування препарату ЙОДОМАРИН® 200 від 06.03.2018 № 450, РП № UA/0156/01/02.

UA_Jod_11-2018_V1_Print. Матеріал затверджено 06.07.2018 р.

Реклама про безрецептурний лікарський засіб.

Перед застосуванням ознайомтеся, будь ласка, з інструкцією лікарського засобу Йодомарин® 100 та Йодомарин® 200 та проконсультуйтеся з лікарем.

Представництво – «БЕРЛІН-ХЕМІ/А. МЕНАРІНІ УКРАЇНА ГмбХ»
Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29,
тел.: (044) 494-3388, **факс:** (044) 494-3389

BERLIN-CHEMIE MENARINI

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ
ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я

Дефицит йода и гипотиреоз: чем это грозит всем нам?

Йод – ключевой структурный компонент тиреоидных гормонов, которые играют важнейшую роль в процессах роста, неврологического развития, реализации репродуктивной функции и регуляции энергетического метаболизма человеческого организма. Йодный дефицит закономерно приводит к нарушению продукции тиреоидных гормонов, а также является основной детерминантой высокого риска развития заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), наиболее распространенными из которых, бесспорно, являются гипотиреоз и узловой зоб. Помимо дисфункции ЩЖ, известные к настоящему времени последствия йододефицита включают эндемический зоб, необратимое повреждение головного мозга и кретинизм, снижение когнитивных функций, нарушения со стороны репродуктивной системы, а также повышение риска развития рака желудка и рака молочной железы (S. Zbigniew, 2017). Согласно экспертным оценкам, рискам для здоровья, связанным с йододефицитом, сегодня подвергается более 2 млрд человек в мире (M.B. Zimmermann, M. Andersson, 2011). Значительное внимание клиническим проблемам, вызванным йододефицитом и дисфункцией ЩЖ, было уделено во время проведения Школы женского здоровья «Репродуктивная эндокринология – междисциплинарные подходы», состоявшейся 15-16 июня этого года в г. Киеве. О том, какое влияние нарушения в работе ЩЖ оказывают на организм женщины, мужчины и состояние здоровья их потомков, подробно рассказал в своей лекции заведующий отделом радиационной эндокринологии ГУ «Национальный научный центр радиационной медицины», доктор медицинских наук Алексей Валентинович Каминский.

– Гормоны ЩЖ регулируют работу практически всех органов и тканей человеческого организма – без их участия не обходится ни один метаболический процесс. Как известно, дисфункция ЩЖ прежде всего влияет на состояние центральной нервной системы (ЦНС), сердечно-сосудистой и репродуктивной системы. В частности, у женщин с дисфункцией ЩЖ очень часто нарушается менструальный цикл, а у мужчин – половая функция. Наиболее распространенной формой дисфункции ЩЖ, несомненно, является гипотиреоз, к классическим клиническим признакам которого относятся:

- необъяснимое увеличение массы тела и невозможность значимо ее снизить даже на фоне диетотерапии и адекватных физических нагрузок;
- неспособность забеременеть и нарушения менструального цикла (вплоть до аменореи);
- хроническая усталость;
- сухая и шершавая кожа;
- одутловатость лица, периорбитальный отек;
- сухость, жесткость волос, поредение волос и бровей;
- мышечная боль;
- повышение уровня холестерина в плазме крови;
- недостаточная концентрация внимания и ухудшение памяти.

От баланса тиреоидных гормонов, синтез которых регулируется тиреотропным гормоном (ТТГ) гипофиза, напрямую зависят возможности реализации репродуктивного потенциала как женщины, так и мужчины. Так, у женщин тиреоидные гормоны влияют на метаболизм эстрогенов, половое созревание и менструальную функцию, овуляцию и фертильность, развитие доношенной беременности, а также стимулируют синтез глобулина, связывающего половые гормоны. Поскольку рецепторы тиреоидных гормонов находятся в том числе и на клетках Сертоли, они влияют на развитие яичек в пре- и постнатальном периоде, а также на созревание спермы у мужчин. Общепризнано, что гормоны ЩЖ определяют развитие головного мозга плода, и даже легкий их дефицит в организме будущей матери отрицательно сказывается на состоянии когнитивной сферы ребенка.

Как известно, при снижении выработки тиреоидных гормонов по классическому механизму обратной связи начинает повышаться продукция ТТГ гипофизом. Определение уровня ТТГ в сыворотке крови является широко распространенным и надежным лабораторным тестом, позволяющим оценить функциональное состояние ЩЖ.

! Повышение уровня ТТГ в сыворотке крови является для врача однозначным сигналом к тому, чтобы начать заместительную терапию L-тироксином.

L-тироксин представляет собой химически чистый левовращающий изомер тироксина, идентичный по своей биологической активности природному гормону ЩЖ. В зарубежной и отечественной клинической практике прекрасно себя зарекомендовали эффективные и высококачественные препараты L-тироксина производства известной немецкой фармацевтической компании «Берлин-Хеми/А.Менарини ГмбХ». Они выпускаются в широком диапазоне доз (50 мкг, 75 мкг, 100 мкг, 125 мкг и 150 мкг левотироксина натрия в одной таблетке), что позволяет подобрать оптимальный режим терапии для каждого пациента. Доза L-тироксина постепенно титруется от минимальной до необходимой терапевтической (25 мкг утром → 50 мкг → 75 мкг и т.д.). При этом необходимо стремиться к достижению целевого уровня ТТГ в сыворотке крови, который составляет 0,5-2,5 мМЕ/л.

Обязательное определение уровня ТТГ в сыворотке крови рекомендовано всем пациенткам с бесплодием, поскольку зачастую его причина может быть связана именно с гипотиреозом. Установлено, что популяционная норма уровня ТТГ составляет 0,5-2,5 мМЕ/л – в таком диапазоне находятся его значения у 95% взрослых (J.G. Hollowell, 2002). Поэтому диагностику гипотиреоза у женщин с нарушением репродуктивной функции и подбор дозы L-тироксина осуществляют, ориентируясь на верхнее нормативное значение ТТГ 2,5 мМЕ/л. Даже незначительное повышение этого уровня, формально еще вписывающееся в диапазон лабораторной нормы (до 4 мМЕ/л), в реальности сопровождается снижением вероятности наступления беременности и подлежит терапевтической коррекции.

! Учитывая особую значимость последствий гипотиреоза во время беременности, уровень ТТГ следует обязательно определять у всех беременных – сразу же после подтверждения факта наступления беременности и затем в динамике. Согласно последним рекомендациям Европейской тиреоидной ассоциации (ETA), во время беременности используются следующие референтные значения уровня ТТГ в зависимости от триместра беременности:

- **I триместр: 0,1-2,5 мМЕ/л;**
- **II триместр: 0,2-3 мМЕ/л;**
- **III триместр: 0,3-3,5 мМЕ/л.**

Все значения ТТГ, превышающие указанные верхние границы, должны рассматриваться как гипотиреоз у беременной, требующий обязательного назначения L-тироксина (целевой уровень ТТГ на фоне терапии – 0,5-1,5 мМЕ/л) и параллельной коррекции сопутствующего йододефицита путем назначения калия йодида (Йодомарин®). Последний аспект заслуживает особого внимания, поскольку Украина, как и практически вся Европа, относится к географическому региону с низким содержанием йода в воде и почве. Кроме того, в нашей стране до сих пор не внедрена программа обязательного йодирования всей выпускаемой пищевой соли и фортификации йодом ряда других продуктов питания, настоятельно рекомендуемая Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для йододефицитных регионов. При этом известно, что именно беременные являются особо уязвимой к йододефициту категорией населения. Согласно показателям оценки количества йода в рационе питания беременных на основании медианы концентрации йода в моче (Iodine Global Network, 2016), Украина относится к государствам с выраженным йододефицитом (медиана йодурии <150 мкг/л). Поэтому критически важно, чтобы во время беременности дефицит йода был компенсирован у каждой женщины, проживающей в нашей стране.

Йододефицит оказывает выраженное отрицательное влияние на развитие головного мозга плода и психоневрологическое развитие ребенка. На официальном сайте ВОЗ подчеркивается, что недостаточность йода является одной из основных потенциально обратимых причин повреждений головного мозга различной степени тяжести, от которых страдает почти 50 млн человек в мире. Йододефицит в детстве приводит к замедлению темпов умственного и физического развития, что отрицательно сказывается на учебе ребенка. Недостаточность йода также влияет на производительность труда взрослых людей и их способность найти работу. В связи с недостатком йода коэффициент умственного развития может понизиться на 15 пунктов.

! Особенно важно, чтобы достаточное количество йода было в рационе беременных, так как недостаточность йода во время беременности приводит не только к повреждению головного мозга плода, но и к рождению детей с низкой массой тела, увеличению риска преждевременных родов и повышенной перинатальной и младенческой смертности.

А.В. Каминский

Учитывая, что в йододефицитных регионах проживает около 1/3 всей мировой популяции, еще в 1994 г. ВОЗ предложила основную стратегию профилактики йододефицита – йодирование соли. В тех странах, где менее 20% домашних хозяйств имеют доступ к йодированной соли, ВОЗ и ЮНИСЕФ рекомендуют употреблять добавки йода для беременных и кормящих женщин. Страны, где доступ к йодированной соли имеют от 20 до 90% домашних хозяйств, должны оценивать практическую возможность повышения уровней поступления в организм йода в форме добавок или обогащенных йодом пищевых продуктов для наиболее уязвимых групп населения.

Каковы же физиологические дозы йода для взрослых? Американская тиреоидная ассоциация (ATA) рекомендует потреблять с пищей 100-250 мкг йода в сутки. ETA придерживается той же нормы суточного потребления йода, что и ВОЗ: 150 мкг в сутки для всех лиц старше 12 лет.

! В соответствии с рекомендациями ВОЗ, физиологическая потребность в йоде у беременных и кормящих женщин гораздо выше, чем вне беременности и лактации – она составляет 250 мкг/сут.

По мнению экспертов Института медицины (США), в период беременности и лактации она равняется 220 и 290 мкг/сут соответственно. Фактически это означает, что для обеспечения существенно возрастающей потребности в йоде беременным и кормящим женщинам, проживающим в йододефицитных регионах, следует принимать препараты калия йодида (например, Йодомарин® 200) на всем протяжении беременности и лактации.

В марте 2017 г. ATA выпустила новые Рекомендации по диагностике и лечению заболеваний ЩЖ во время беременности и в послеродовом периоде. В соответствии с этим документом, для индивидуальной оценки достаточности потребления йода нельзя использовать исследование йодурии. С этой целью используется оценка уровня в крови тиреоглобулина (норма <10 мг/мл). Изучение йодурии полезно лишь при проведении популяционных исследований среди проживающего населения. В рекомендациях указано, что все беременные должны употреблять примерно 250 мкг йода в сутки. Женщины, которые планируют беременность, должны ежедневно дополнять свой рацион пероральными добавками, содержащими 150 мкг йода в виде йодида калия. Их прием оптимально начинать за 3 мес до планируемой беременности. В период лактации женщинам также рекомендуется ежедневно дополнять свой рацион за счет пероральных добавок, содержащих 150 мкг йода. Оптимальным способом достижения суточной нормы является прием йодида калия, потому что даже богатые йодом пищевые продукты (в том числе бурые водоросли и другие формы водорослей) не обеспечивают стабильное ежедневное потребление должного количества йода.

***

Таким образом, йодный дефицит у женщин репродуктивного возраста остается глобальной проблемой общественного здравоохранения, прежде всего ввиду его влияния на развитие ЦНС плода и новорожденного. Несмотря на некоторое улучшение ситуации, достигнутое в развитых странах мира после внедрения программ обязательного йодирования соли, распространенность йодного дефицита у беременных по-прежнему остается высокой, что обусловлено значительным повышением физиологической потребности в йоде в этот период. Поэтому от понимания акушерами-гинекологами, эндокринологами и репродуктологами значимости проблем дефицита йода и гипотиреоза, от предпринимаемых ими мер по их решению, без преувеличения, зависит не только собственно женское здоровье, но и интеллектуальный потенциал последующих поколений, а значит, и будущее всей нации.

Подготовила ***Елена Терещенко***