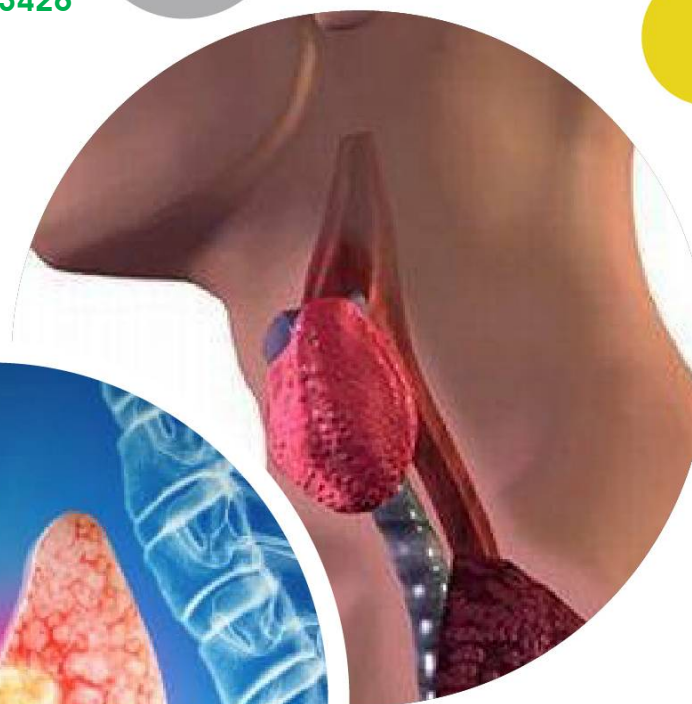




ISSN 2181-3426

Journal DOI: 10.26739/2181-3426



O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI
ЦЕНТРАЛЬНО- АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 2
ISSUE 1

2022

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

2 ЖИЛД, 1 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 2, НОМЕР 1

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 2, ISSUE 1



Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2022

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

№1 (2022) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2022-1>

Бош мухаррир:
Главный редактор:
Chief Editor:

Хайдарова Ф. А.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по лечебной работе, главный
эндокринолог РУз, д.м.н., профессор

Бош мухаррир ўринбосари:
Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Халимова З. Ю.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по науке, д.м.н.,
профессор

Маъсул котиб:
Ответственный секретарь:
Executive Secretary:

Каланходжаева Ш. Б.
Заведующая Учебного центра при
РСНПМЦ Эндокринологии, к.м.н.

Техник котиб:
Технический секретарь:
Technical Secretary:

Аллаярова Г. И.
к.б.н.

ТАХРИРИЙ МАСЛАХАТ КЕНГАШИ | РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ | EDITORIAL BOARD

Т. Камалов
Заведующий Отделением гнойные осложнения
сахарного диабета, Республиканского
Специализированного Научно-Практического
Медицинского Центра Эндокринологии имени
академика Ё. Х. Туракулова
д.м.н.

М. Каримов
ГУ “РСНПМЦТ и МР”, руководитель
отдела гастроэнтерологии, д.м.н.,
Профессор

Д. Набиева
Ташкентская медицинская академия,
заведующая кафедрой факультетской и
госпитальной терапии №1 с курсом
профессиональных заболеваний, д.м.н.,
доцент

Н. Алиханова
Заведующая научного отдела Диабетологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Г. Наримова
Заведующая отделением Тиреоидной патологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Н. Юлдашева
Руководитель отдела патологии сетчатки и
зрительного нерва РСНПМЦ
Эндокринологии, д.м.н.

Ю. Урманова
Доцент кафедры эндокринологии с детской
эндокринологией ТашПМИ, д.м.н.

Н. Алимова
С.н.с. Отдела детской эндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии. Главный педиатр
эндокринолог МЗ РУз к.м.н

А. Садыкова
Учёный секретарь, к.м.н.

А. Холикова
Заведующая отделением нейроэндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

А. Алиева
Заместитель главного врача по стационару
Республиканского специализированного научно-
практического медицинского центра
эндокринологии МЗ РУз имени академика
Я.Х.Туракулова, к.м.н.

Н. Садикова
Ташкентская медицинская академия,
доцент кафедры Внутренние болезни
№2, к.м.н.

А. Каримов
Руководитель отделения нейрохирургии
РСНПМЦ Эндокринологии, директор РСНПМЦ
Неврологии и Инсульта, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А. Алимов - Заместитель министра здравоохранения начальник Главного управления здравоохранения, д.м.н., профессор

С. Исмаилов - Ташкентский Медицинский Педиатрический Институт, заведующий кафедрой эндокринологии с детской эндокринологией; д.м.н., профессор

Д. Нажмутдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Внутренние болезни №2, д.м.н., профессор

Ж. Аканов - ОФ “Казахстанское общество по изучению диабета”, Президент, к.м.н., главный внештатный эндокринолог г. Алматы, главный врач Центра Диабета МК “ААА”, член AASD, ISE

Ф. Бахритдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Офтальмологии, д.м.н., профессор

М. Каттаходжаева - Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, профессор кафедры акушерства-гинекологии, д.м.н., профессор

В. Мирзаде - Председатель Азербайджанской Ассоциации Эндокринологии, Диабетологии и Терапевтического Обучения, Заведующий кафедрой терапии Азербайджанского государственного Института совершенствования врачей им. А. Алиева, Председатель Научного Общества Эндокринологов Азербайджана, Пожизненный член Международной Диабетической Федерации, д.м.н., профессор

З. Камалов - Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, заместитель директора по научной работе, заведующий лабораторией иммунорегуляции, д.м.н., профессор;

Э. Гроссман - Член Академии медицинских наук Великобритании, Заслуженный профессор эндокринологии Оксфордского университета, Старший научный сотрудник Колледжа Грин Темплтон, профессор нейроэндокринологии Бартс и Лондонской школы медицины, Консультант эндокринолог Лондонского клинического центра эндокринологии

А. Шек - Руководитель лаборатории ИБС и атеросклероза РСНПМЦ Кардиологии МЗ РУз, д.м.н., профессор

Ф. Тураев - директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова, д.м.н.

М. Пауэлл - Старший консультант нейрохирург Национальной больницы неврологии и нейрохирургии, Директор по образованию нейрохирургии в Великобритании, член комитета и экзаменатор Межвузовского совета по нейрохирургии Королевского хирургического колледжа

В. Паньків - Заведующий отделом профилактики, лечения сахарного диабета и его осложнений Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, эксперт МЗ Украины по эндокринологии, Заслуженный врач Украины д.м.н., профессор

Б. Даминов - Ректор Ташкентского Педиатрического Медицинского Института, д.м.н., Профессор

Т. Хегай - Заведующая лабораторией геномно-клеточных технологий Института иммунологии и геномики человека АН РУз, д.м.н.

Е. Георгадзе - Профессор Национального института эндокринологии Тбилиси MD, PhD

Т. Саатов - Институт Биофизики и биохимии при НУ Уз, заведующий лабораторией Метаболизма, доктор биологических наук, профессор, академик АН РУз.

Р. Базарбекова - Председатель РОО «Ассоциация врачей-эндокринологов Казахстана», заведующий кафедрой эндокринологии КазМУНО, д.м.н., профессор

Л. Туйчиев - Ташкентская медицинская академия, заведующий кафедрой инфекционных и детских инфекционных болезней, д.м.н., профессор

А. Гадаев - Профессор кафедры внутренних болезней 3 Ташкентской медицинской академии, д.м.н.

Г. Рахимова - Заведующая кафедрой эндокринологии центра развития и усовершенствования врачей, д.м.н.

Б. Шагазатова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры внутренних болезней №2, д.м.н.

Ш. Зуфарова - директор Республиканского центра репродуктивного здоровья населения, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии

1. Рахимова Г.Н., Ахроров К.У. МЕСТО ИНГИБИТОРОВ НГКТ-2 И АГОНИСТА РЕЦЕПТОРОВ ГПП-1 В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА.....	7
2. Хайдарова Ф.А., Фахрутдинова С.С., Муллажонова С.С. ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЕ ПРИ COVID-19.....	17
3. Ходжаева Н.В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ОРЛИП В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ.....	24
4. Урманова Ю.М., Мавлонов У.Х., Алиева Д.А., Далимова Г.А., Сафарова Ш.М., Савчук Д.В., Холиков Ф.Ж. «КАШКАДАРЕ ВИЛОЯТИДА ГИПОГОНАДОТРОП ГИПОГОНАДИМЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН УСМИРЛАРДАГИ ГОРМОНАЛ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ СКРИНИНГ МАЪЛУМОТЛАРИ».....	29
5. Урунбаева Д.А., Исмаилов С.И., Шамансурова З.М., Максдуова Н.Н. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТИРЕОИДНЫХ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	37
6. Юлдашева Ф.З., Садикова А.С., Алимова Н.У., Тураев Ф.Ф. ЙОДОДЕФИЦИТ И ПРОБЛЕМА ЙОДИРОВАНИЯ СОЛИ.....	44
7. Алиханова Н.М., Тахирова Ф.А., Назарова Н.С., Мусаханова Ч.Б., Айходжаева М.А., Аббосходжаева Л.С., Акрамова Г.Г., Шакирова М.М. РОЛЬ ВИТАМИН D ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.....	49
8. Холова Д.Ш., Халимова З.Ю. ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ С НЕАКТИВНОЙ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА.....	54
9. Яхьяева Х.Ш. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ.....	59
10. Алимухамедова Г.А., Халимова З.Ю. К ВОПРОСУ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ.....	64
11. Рахимова Г.Н., Тураев Ф.Ф., Наримова Г.Д., Тилляшайхова И.М., Хайитова Ю.Ш. ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИДПП-4 И аГПП-1 С МЕТФОРМИНОМ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ.....	76
12. Самиева Ш.Т. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСЛИПИДЕМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА.....	83

13. Муратова Ш.Т., Алимов А.В. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЙОДДЕФИЦИТА.....	84
14. Жабборова Г.М., Халимова З.Ю. «БИОХИМИЧЕСКАЯ И ГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА 43 УМЕРШИХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КУШИНГА».....	86
15. Кдырбаева Ф.Р. ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	89
16. Заретдинов Д.А., Алимджонов Н.А., Нурмухамедов Д.Б. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ПО ПОЛОВЫМ И ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ.....	91
17. Шагазатова Б.Х., Адилова Н.Ш. МОРБИД СЕМИЗЛИК БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА БАРИАТРИК ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТЛАРИДАН КЕЙИН ЛИПИД АЛМАШИНУВИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ БАХОЛАШ.....	93
18. Рахимова Г.Н., Тилляшайхова И.М. «ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИДПП-4 И АГПП-1 С МЕТФОРМИНОМ У БОЛЬНЫХ С СД 2 ТИПА».....	95

ISSN: 2181-3426
www.tadqiqot.uz

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

Юлдашева Ф.З.,
Садикова А.С.,
Алимова Н.У.,
Тураев Ф.Ф.

Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
эндокринологии имени академика
Ё.Х. Туракулова, г. Ташкент, Узбекистан

ЙОДОДЕФИЦИТ И ПРОБЛЕМА ЙОДИРОВАНИЯ СОЛИ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7007078>

РЕЗЮМЕ

ВОЗ определяет йододефицитные заболевания (ЙДЗ) как спектр патологических расстройств, развитие которых можно предотвратить путем нормализации потребления йода. Основная причина йододефицита в том, что с пищей и водой человек как правило не получает достаточного количества йода, необходимого для нормального функционирования щитовидной железы (Онищенко Г.Г., 2003). Опыт многих стран мира и наш собственный, свидетельствует, что наиболее эффективным решением проблемы йододефицита является проведение адекватной массовой, групповой и индивидуальной профилактики йододефицита, а также объективный контроль эффективности проводимых программ.

Ключевые слова: групповая профилактика, йод, йододефицит, соль, щитовидная железа

Юлдашева Ф.З.,
Садикова А.С.,
Алимова Н.У.,
Тураев Ф.Ф.

Академик Ё.Х. Туракулов номидаги Республика
ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт
эндокринологии маркази, Тошкент, Ўзбекистон

ЙОД ТАНҚИСЛИГИ ВА ТУЗНИ ЙОДЛАШ МУАММОСИ

АННОТАЦИЯ

ЖССТ йод танқислиги касалликларини йод истеъмолини нормаллаштириш орқали олдини олиш мумкин бўлган патологик касалликлар спектри сифатида белгилайди. Йод танқислигининг асосий сабаби шундаки, одам одатда қалқонсимон безнинг нормал ишлаши учун зарур бўлган озиқ-овқат ва сув билан етарли миқдорда йод олмайди (Онищенко Г.Г., 2003). Дунёнинг кўплаб мамлакатлари ва ўзимизнинг тажрибамиз шуни кўрсатадики, йод танқислиги муаммосининг энг самарали йечими йод танқислигининг адекват оммавий,

гурухли ва индивидуал профилактикасини ўтказиш, шунингдек, амалга ошириладиган дастурлар самарадорлигини холисона назорат қилишдир.

Калит сўзлар: гурух профилактика, йод, йод танқислиги, туз, қалқонсимон без

**Yuldasheva F.Z.,
Sadikova A.S.,
Alimova N.U.,
Turaev F.F.**

Republican Specialized Scientific and Practical Medical
Center of Endocrinology named after
Academician Y.Kh. Turakulova, Tashkent, Uzbekistan

IODINE DEFICIENCY AND THE PROBLEM OF SALT IODATION

ANNOTATION

WHO defines iodine deficiency diseases (IDD) as a spectrum of pathological disorders that can be prevented by normalizing iodine intake. The main reason for iodine deficiency is that a person usually does not receive enough iodine with food and water, which is necessary for the normal functioning of the thyroid gland (Onishchenko G.G., 2003). The experience of many countries of the world and our own shows that the most effective solution to the problem of iodine deficiency is to conduct adequate mass, group and individual prevention of iodine deficiency, as well as objective monitoring of the effectiveness of ongoing programs.

Keywords: group prevention, iodine, iodine deficiency, salt, thyroid gland

Проблема йододефицита носит глобальный характер и затрагивает 153 страны мира. Недостаток йода в организме испытывают более 1,5 миллиардов жителей планеты. Почти у 740 млн. человек по причине йододефицита увеличена щитовидная железа (эндемический зоб), у 40 млн. человек по этой же причине – крайняя умственная отсталость. Исследования последних десятилетий показали: проявление дефицита йода не ограничивается эндемическим зобом. На фоне даже умеренного йододефицита в среднем на 10 % снижаются интеллектуальные способности всего населения. (Онищенко Г.Г., 2003). Частота эндемического зоба, наиболее видимого проявления дефицита йода в питании, в отдельных регионах страны достигает 98 %. Ежегодно в медицинские учреждения обращаются более 1,5 млн взрослых и 650 тыс. детей с различными заболеваниями щитовидной железы. Причиной 65 % случаев заболеваний щитовидной железы у взрослых и 95 % у детей является недостаточное поступление йода с питанием. Ежегодные затраты только на лечение и медико-социальную реабилитацию пациентов с заболеваниями щитовидной железы, связанными с дефицитом йода, составляют многократно превышающие затраты на все мероприятия по профилактике и устранению всех йододефицитных заболеваний путем всеобщего йодирования соли.

ВОЗ определяет йододефицитные заболевания (ЙДЗ) как спектр патологических расстройств, развитие которых можно предотвратить путем нормализации потребления йода. Основная причина йододефицита в том, что с пищей и водой человек как правило не получает достаточного количества йода, необходимого для нормального функционирования щитовидной железы (Онищенко Г.Г., 2003). Опыт многих стран мира и наш собственный, свидетельствует, что наиболее эффективным решением проблемы йододефицита является проведение адекватной массовой, групповой и индивидуальной профилактики йододефицита, а также объективный контроль эффективности проводимых программ.

Явление недостаточности йода (йододефицита) первое время не доставляет особого дискомфорта ребенку, и родители порой думают - а если вдруг что, съедим «йод в таблетках» и решим проблему одним махом. К сожалению, не все так просто решается. Йододефицитные заболевания – поначалу незримый, не имеющий особых симптомов, но коварный враг,

особенно для женского или детского здоровья. Мы говорим о разных степенях выраженности гипотиреоза или врожденной «йодной» умственной отсталости, больше всего угрожающим молодым женщинам и детям. Именно эти группы населения, по заключению ученых, нуждаются в специализированной поддержке больше всего, т.к. их щитовидные железы расходуют йод на порядок больше других людей. Решение этой проблемы простое – это грамотная профилактика.

Нам не очень повезло с йодом, он не имеет способности в достаточном объеме и безвредно для организма накапливаться в теле. Йод – это особые «кирпичики», которые выстраивают нормальную работу щитовидной железы, входя в состав ее гормонов – Т3 (трийодтиронин) и Т4 (тироксин). Йод человеческий организм вырабатывать самостоятельно не умеет, его необходимо получать извне, с пищей или водой. И несмотря на то, что йод – важный элемент, он совершенно «не умеет» храниться в организме. Сколько йода «съел» человек, столько и потерял его с метаболизмом. Завтра необходимо «наесть» новую порцию. Вот вам и причина йододефицита в организме детей и взрослых. Ученые выяснили, что на всей нашей планете лишь жители побережий морей или океанов надежно защищены от йододефицита. Ведь у них в питании много морепродуктов, а вода богата йодом. Все остальные люди вынуждены испытывать хронический недостаток йода, поскольку их условия жизни не способствуют употреблению морепродуктов в большом количестве.

Массовая йодная профилактика осуществляется путем йодирования соли. Почему для обогащения йодом выбрали именно соль? Йодированная соль — это профилактический продукт питания, показанный всем без исключения. Она обеспечивает суточную потребность организма в йоде и доступна всему населению. Для использования йодированной соли не существует никаких противопоказаний. **Лекарство может быть и на вашем столе.** Есть способ бороться с дефицитом йода ежедневно, не прибегая к препаратам. Речь идет о йодированной соли. Как ни странно, но регулярное употребление такой соли в домашней пище способно практически полностью решить проблему «рядовой» нехватки йода. Все, что требуется, - это заменить в солонке соль поваренную на поваренную йодированную или йодированную морскую. Громкое «за» такой мере единодушно говорят диетологи, эндокринологи и педиатры. Использование йодированной поваренной соли является наиболее универсальным методом профилактики йододефицита.

Соль - это единственный минерал, который добавляется в пищу непосредственно, без специальной химической обработки. Выбор соли в качестве «носителя» йода обусловлен тем, что она используется всеми слоями общества независимо от социального и экономического статуса. Диапазон ее потребления весьма невелик (в среднем от 5 до 10 грамм в сутки) и не зависит от времени года, возраста, пола. При правильной технологии йодирования соли невозможно передозировать йод и тем самым вызвать какие-либо осложнения (Герасимов Г.А., 2001). При добавлении в соль небольшого количества йода (40+15 мг/кг) не существует опасности поступления в организм избытка этого микроэлемента. Данные мониторинга, проводимого в странах, где осуществляется массовое йодирование соли, свидетельствуют о нормальной обеспеченности йодом питания всего населения. Передозировка йода и связанные с этим осложнения возможны только при употреблении очень больших (более 1000 мкг йода в сутки) доз йода.

У здорового взрослого человека в щитовидной железе содержится 8000 мкг йода, во внеклеточной жидкости — 150 мкг и в составе гормонов щитовидной железы — еще 600 мкг йода. Обмен йода в железе происходит очень медленно: расход составляет всего около 1 % в день. Поэтому перепады потребления йода с питанием полностью компенсируются за счет депонирования йода в щитовидной железе. Активный процесс забора неорганического йода из крови регулируется потребностью организма в йоде. И даже огромные перепады в потреблении йода редко вызывают серьезные нарушения. При потреблении в пищу 8–10 г йодированной соли в день совершенно невозможно «передозировать» йод. Таким образом, физиологическое количество йода, поступающее в организм при употреблении йодированной

соли и продуктов питания, при изготовлении которых использована йодированная соль, не могут нанести вреда пациентам с патологией щитовидной железы. Львиную долю патологии щитовидной железы, особенно у детей, вообще можно было бы предотвратить, если бы население использовало в питании только йодированную соль. Очевидно, что лица с уже существующей патологией щитовидной железы требуют наблюдения и лечения у специалиста-эндокринолога, однако это не означает, что им противопоказана йодированная соль. Есть ряд заболеваний (и в первую очередь это — гипертоническая болезнь и некоторые болезни почек), требующих уменьшения суточного потребления соли вообще (**но не йода!**) до 3 г в сутки и менее. Для решения этой проблемы в продаже имеется йодированная соль с пониженным содержанием натрия, разработанная специально для лиц, страдающих вышеуказанными заболеваниями. При ее употреблении поступление йода в организм будет соответствовать вышеуказанным нормам (150 мкг йода в сутки), а вот количество хлорида натрия будет меньше, чем при использовании обычной соли. Кроме того, в старших возрастных группах, в силу физиологических причин, снижается как потребность в хлориде натрия, так и потребность в йоде. Исходя из этого, употребление в пищу 5 г обычной йодированной соли будет вполне достаточным и физиологичным для человека старше 50 лет. Среди пищевых факторов, имеющих особое значение для здоровья человека, важнейшая роль принадлежит полноценному и регулярному снабжению его организма микронутриентами, в том числе минеральными веществами.

Минеральные вещества относятся к незаменимым (эссенциальным), жизненно необходимым компонентам пищи, выполняющим в организме важные физиологические функции. Организм человека не синтезирует микронутриенты и должен получать их в готовом виде с пищей. Способность запасать микронутриенты впрок на сколько-нибудь долгий срок у организма отсутствует. Поэтому они должны поступать регулярно в полном наборе и количествах, соответствующих физиологическим потребностям человека. Основными природными источниками йода для человека являются продукты растительного и животного происхождения. Анализ химического состава пищевых продуктов, показывает, что наиболее богатым источником йода в питании являются морепродукты, содержание в которых этого микроэлемента достигает 800–1000 мкг/100 г. Содержание йода в пищевых продуктах массового потребления невелико — 4–15 мкг/100 г. В результате для того чтобы обеспечить суточную норму йода, составляющую для взрослого человека 150–200 мкг, потребление таких зерновых продуктов, как пшеничная мука, крупы, хлеб и хлебобулочные изделия, макароны и т.д., должно было бы в десятки раз превышать их реальное количество в рационе питания. На содержание йода в пищевых продуктах влияет не только уровень элемента в окружающей среде, но и такие факторы, как доступность соединений йода, распределение его в различных органах и тканях растений. Неправильное хранение продуктов (несоблюдение температурно-влажностного режима в хранилищах, недостаточная вентиляция, многократное размораживание полуфабрикатов) приводит к значительным потерям растворимых соединений йода. Кулинарная обработка пищевых продуктов может приводить к значительным потерям йода.

Существует и ошибочные мифы о йододефиците:

1. Дефицит йода не опасен для здоровья, ведь он есть почти у всех. На самом деле очень ошибочное утверждение. Первично бессимптомное течение йододефицита со временем переходит в тяжелые формы, которые трудно и долго лечатся.
2. Если бы у меня был дефицит йода, я бы об этом знала. Это тоже не так - только выраженная форма дефицита йода заставляет нас бежать к врачу, в легком проявлении мы списываем эти симптомы на усталость или «магнитные бури», трудный день и т.д.
3. «Йодная сетка» на руках или ногах избавляет от дефицита йода. Это самый распространенный миф. Йод поступает только с питанием, йодная сетка не способна давать необходимый йод организму.

4. Морская соль может заменить дорогую морскую рыбу, ведь там тот же йод. И это неправда. Морскую соль получают выпариванием, а с ним выпаривается и йод. В пищу подходит йодированная (морская или поваренная) соль.
5. Есть много йодированной соли вредно. И это тоже неправда. Для передозировки йода надо ежедневно съедать до 50 г йодированной соли. Это практически невозможно, так не едят практически нигде.

Йода не хватает всем жителям республики Узбекистан, у всех в той или иной степени есть йододефицит. На сегодня уже 113 стран мира в той или иной форме приняли закон о профилактике йододефицита, связанного с использованием йодированной соли, куда входит и наше государство. Принятие Государством закона «О профилактике йододефицитных заболеваний», демонстрирует своим гражданам, международным и донорским агентствам и всему мировому сообществу свою решимость в борьбе с микронутриентной недостаточностью, как приоритетную для нации. Несмотря на проведенные мероприятия, Узбекистан остается зоной высокой распространенности йододефицитных заболеваний.

Координированные действия органов здравоохранения, международных организаций, солеепроизводителей способно решить злободневную проблему Республики Узбекистан – ликвидацию йододефицитных состояний.

Это означает, йодированная соль используется в пищевой промышленности, на предприятиях готовят пищу с йодированной солью, она продается в магазинах, а значит – стоит на столе.

Йодирование соли наиболее простой и дешевый способ массовой профилактики. Стоимость работ по йодированию соли оценивается 2-4 цента на душу населения в год. В Узбекистане имеются все условия для налаживания йодирования соли.

Список использованной литература

1. WHO, UNICEF and ICCIDD. Indicators for assessing Iodine Deficiency Disorders and their control through salt iodization. // Geneva: WHO, WHO/Euro/NUT. 1994.
2. WHO, UNICEF and ICCIDD. Progress towards the elimination of Iodine Deficiency Disorders (IDD) // WHO/Euro/NUT . 1999.
3. Герасимов Г. Йододефицитные заболевания (ЙДЗ) в Российской Федерации: политика в области профилактики и тенденции в эпидемиологической ситуации (1950-2002). Москва, 2003, 50 с.
6. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Е.А. Трошина, Н.В. Мазурина, Н.М. Платонова Профилактика и лечение йододефицитных заболеваний в повышенного риска Методические рекомендации Москва 2003
7. Мониторинг программ профилактики ЙДЗ путем всеобщего йодирования соли. Методическое руководство Министерства здравоохранения России, 2001, МУ 2.3.7.1064-01, 64 с.

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

2 ЖИЛД, 1 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ 2, НОМЕР 1

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 2, ISSUE 1

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000