

Письмо в редакцию “ВОЗВРАЩАЯСЬ К НАПЕЧАТАННОМУ...”

После детального и весьма интеллигентного ответа проф. Л.Г. Стронгина¹ на мою импровизированную рецензию² вышедшей ранее статьи “Дополнительные возможности терапии диффузного эутиреоидного зоба у взрослых пациентов в регионе легкого йодного дефицита и антропогенного загрязнения»³ я бы считал эту дискуссию полностью исчерпанной, но ряд вопросов, поставленных мне коллегой в конце своего письма в редакцию, по всей видимости, требуют более детального ответа.

Действительно ли я разделяю точку зрения о том, что “для лечения ДЭЗ у взрослых достаточно лишь употреблять в пищу йодированную соль, а все остальное, включая препараты йода и, например, левотироксин, является усложнением и удорожанием лечения?”

Да, я на самом деле считаю, что в большинстве случаев ДЭЗ как у детей, так и взрослых в России достаточно просто давать пациенту и всей его семье рекомендацию всегда приобретать и использовать в питании (как для приготовления горячих блюд, так и присаливания готовой пищи) только йодированную соль вместо обычной. Более того, в рецензии я даже представил основание для такого умозаключения. Позвольте процитировать самого себя: “...уместно заметить, что в отношении назначения препаратов йода при его недостатке в питании в зарубежной литературе используется термин “supplementation”, который можно перевести как “добавление, дополнение”. Действительно не совсем точно называть “лечением, терапией” процесс восполнения природного недостатка микрокомпонента питания”. Поясню свою точку зрения более подробно.

Начну с того, что со времен Гиппократ и Авиценны, разумная диета является основой терапии многих распространенных заболеваний. Никого не удивляет, что для компенсации метаболизма у ряда больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа вполне достаточно определенных диетических ограничений вкупе с физическими нагрузками. Более того, для

многих из них при достаточной мотивированности комбинация адекватной диеты и физических нагрузок может остаться единственным методом компенсации заболевания на долгие годы. Аналогичным образом поступают и при нарушении липидного обмена: перед принятием решения о назначении медикаментозного лечения путем модификации диеты в течение некоторого времени пытаются нормализовать уровень липидов в крови. При успешном лечении такой подход также может оказаться единственным и достаточным для компенсации метаболизма у некоторой части пациентов с гиперлипидемией.

Что же может быть странного в рекомендации по модификации диеты пациентов ДЭЗ, причиной которого в подавляющем большинстве случаев в России является дефицит йода в питании? Надо, однако, иметь в виду, что целым рядом исследований было показано, что разумное увеличение в питании доли продуктов природно-богатых йодом (по сути, к таковым относятся только морская рыба и морепродукты), полезное само по себе, является недостаточным для полного покрытия суточной потребности в этом микроэлементе у детей и взрослых, тем более у беременных и кормящих женщин. Кроме того, в силу дороговизны морепродукты фактически недоступны для многих российских семей со средним и низким достатком. К счастью, для оптимального обеспечения суточной потребности организма в йоде вполне достаточно потреблять с питанием около 5 г йодированной соли⁴. В одном грамме соли содержится 40 мкг йода, а при употреблении 5 г, даже с учетом 50% потери йода при кулинарной обработке, с питанием можно получить требуемые 100 мкг йода, которые, в дополнение к уже присутствующим в продуктах “натуральным” 60–80 мкг йода, восполнят недостаток этого микроэлемента.

Можно ли доверять тому, что в йодированной соли действительно содержится столько йода, сколько написано на упаковке? Можно. Роспотребнадзор ежегодно публикует государственные доклады “О

¹ Клиническая и экспериментальная тиреология. 2010. Т. 6. №3. С. 60–61.

² Клиническая и экспериментальная тиреология. 2009. Т. 5. №2. С. 68–69.

³ Клиническая и экспериментальная тиреология. 2009. Т. 5. №4. С. 42.

⁴ По оценкам, среднее ежесуточное потребление соли на душу населения в России составляет около 10 г. При этом примерно половина приходится на соль, содержащуюся в переработанных продуктах питания (хлебобулочные, колбасные, молочные изделия), а остальное — на соль, используемую в домохозяйствах для приготовления пищи.

санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации”. По данным доклада за 2009 г., при проверке на предприятиях торговли из 11 459 образцов йодированной соли не отвечало гигиеническим нормативам всего 253 пробы, или 2,2%⁵. Это, к слову, в разы меньше, чем доля контрафактных лекарственных средств в аптечной сети.

Как было принято писать “в наше сложное время”, нельзя сбрасывать со счетов и денежный фактор. По имеющейся оценке стоимость индивидуальной йодной профилактики в период беременности составляет примерно 956 руб.⁶, т. е. в эту или даже большую сумму надо оценить и ежегодные расходы на “лечение” одного пациента ДНЗ фармацевтическими препаратами йода. Иное дело йодированная соль: по данным маркетингового исследования в июне 2010 г. средняя потребительская цена 1 кг йодированной соли в России составляла 13,4 руб., а обычной соли – 9,2 руб., т. е. разница в цене была около 4 руб. за кг⁷. При среднем потреблении 3 кг соли в год на душу населения цена профилактики или, если это угодно назвать, лечения составит всего 12 руб.! Почувствуйте разницу.

В конечном счете вопрос о выборе метода восполнения дефицита йода в питании должен решать сам пациент ДЭЗ. Вполне возможно, что те из них, кто по тем или иным причинам ограничивают в питании соль, предпочтут фармацевтические препараты йода. Неразумно рекомендовать йодированную соль также тем гражданам, которые дома едят практически не готовят, а предпочитают приобретать готовые продукты питания или полуфабрикаты или вовсе питаются преимущественно в кафе или столовых. Кстати, именно поэтому в последнее время мы прилагаем усилия, чтобы сделать нормой практику использования йодированной соли в общественном питании и при производстве массовых продуктов питания, особенно при хлебопечении. Суть в том, чтобы пациенты ДЭЗ были информированы о наличии выбора между йодными добавками и йодированной солью и понимали, какой из методов восполнения дефицита йода в питании им более подходит.

Повторяю, я действительно не вижу существенного различия между йодной профилактикой и “лечением” у большинства пациентов ДЭЗ. Вот при обследовании населения Таджикистана, которое по заданию ЮНИСЕФ я проводил в середине 1990-х годов, на фоне тяжелого йодного дефицита по дан-

ным УЗИ мною было выявлено увеличение объема ЩЖ у 90% детей и 50% женщин репродуктивного возраста, и не просто на 15–20%, а в 2–3 раза. Означает ли это, что практически все население этой страны (а значительная часть обследованных мною лиц имела видимое на глаз увеличение ЩЖ – пример на фотографии) надо было “лечить”, т. е. назначать препараты йода и тироксина? В реальной жизни проблему дефицита йода и эндемического зоба в Таджикистане в существенной мере решила массовая программа йодирования соли. Да и в России, где, по оценкам Эндокринологического научного центра, распространенность эндемического зоба в некоторых регионах составляет 30%, трудно себе представить организацию “лечения” препаратами йода сотен тысяч, если не миллионов людей.

Регулярно приходится слышать и читать, что существует массовая, групповая и индивидуальная йодная профилактика. При этом как-то само собой подразумевается, что только те виды профилактики, которые протекают по назначению и под контролем медиков (т. е. индивидуальная и, отчасти, групповая) на самом деле наиболее эффективны. В реальности ни в одной стране мира проблема йодного дефицита и устранения эндемического зоба не была решена путем ни индивидуальной, ни групповой профилактики, а только массовым использованием в питании йодированной соли вместо обычной.

Таким образом, существует только два вида йодной профилактики – эффективная и неэффективная. При неэффективной профилактике (или фактически при отсутствии таковой) сначала ждут формирования у пациентов ДЭЗ, а потом начинают проводить им “комплексную терапию”, растрачивая напрасно силы и средства, которые с пользой можно было бы использовать на решение других актуальных проблем. Со стороны большинства врачей в этом нет никакой злонамеренности: они просто исправляют ошибки существующей неэффективной системы здравоохранения. Возражение вызывает только умножение сущностей, когда сравнительно простую проблему решают избыточно сложным и затратным путем.

В завершении своего весьма пространного ответа, несколько слов об общих подходах к лечению ДЭЗ. В отличие от американских коллег российские эндокринологи вряд ли смогут в ближайшее время описывать как редкую находку йододефицитный зоб

⁵ О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2009 г.: Государственный доклад. М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2010. С. 140.

⁶ Федак И.Р. Контрольно-эпидемиологические исследования эффективности региональных программ профилактики йододефицитных заболеваний в РФ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008.

⁷ Российский рынок соли за 2004–2009 гг. М.: Консалт. комп. “АМИКО”, 2010.

у взрослых лиц⁸. В США, где дефицита йода в питании нет уже как минимум последние 50–60 лет, такие случаи возникают только в силу случайного или намеренного ограничения в питании продуктов, богатых йодом, в том числе йодированной соли. Не случайно в этой стране в продаже нет специальных фармацевтических препаратов йода; йодид калия входит только в состав некоторых мультивитаминных комплексов. Для лечения спорадических форм зоба, имеющих пеструю патогенетическую основу, применяется фактически только один тироксин.

При йододефицитном генезе зоба использование тироксина для его редукции нельзя считать патогенетически обоснованным. Подавляя уровень ТТГ, тироксин уменьшает захват и органификацию

йода и еще более снижает его содержание в ткани ЩЖ. После отмены тироксина нередко случаются случаи быстрого рецидива зоба. В условиях природного йодного дефицита прием фармацевтических препаратов или других йодных добавок должен быть непрерывным и фактически пожизненным, что вряд ли реально с психологической, да и с финансовой точки зрения.

Кстати, когда-то в Германии йодированную соль продавали в аптеках только по рецепту врача. Затем она свободно появилась во всех магазинах, а потом стала широко использоваться в пищевой промышленности (при выпечке хлеба и приготовлении колбас и сосисок). Лечебный ее эффект от этого не уменьшился.

Г.А. Герасимов

На фото: один из многочисленных случаев ДЭЗ в Таджикистане (начало 1990-х годов).



⁸ Amy Chow, Sun Wei, Xiangbing Wang. Abstract 1001. 19th Congress of the American Association of Clinical Endocrinologists, 2010. <http://www.aace.com/meetings/ams/2010/pdf/2010Abstracts.pdf>