

КОЛЕСО НЕ ДОЛЖНО КАТИТЬСЯ НАЗАД, ИЛИ О ТОМ, КАК СОЗДАЮТСЯ ПРОБЛЕМЫ И НЕ ПРЕДЛАГАЮТСЯ ИХ РЕШЕНИЯ

Т.Е. Таранушенко

Трудно (невозможно) остаться в стороне, когда твоя статья, напечатанная 3 года назад, вдруг становится объектом пристального внимания регионального координатора по проблеме йодного дефицита в странах Восточной Европы и Центральной Азии.

Без пространных рассуждений и туманных обобщений хотелось бы прокомментировать **отдельные высказывания профессора Г.А. Герасимова** из статьи “Куда катится колесо, или Вновь о простом решении сложной проблемы” (Клиническая и экспериментальная эндокринология, № 3, 2006).

Итак, обозначена проблема: планирование профилактических мероприятий по предупреждению йодного дефицита на федеральном и региональном уровнях.

Имеет смысл изначально разделить тему на 2 составляющих: массовая и групповая профилактика.

1. Массовая профилактика. Вряд ли существует необходимость убеждать специалистов, читающих этот журнал, в важности использования йодированной соли, так как вклад эндокринологов в продвижение и пропаганду этой идеи на уровне врачей первичного звена и/или населения очевиден (лекции, СМИ, ТВ, радио и т.д.). Однако:

Высказывание № 1. “Принято Постановление № 1119 “О мерах по профилактике заболеваний, вызванных дефицитом йода”, благодаря чему проблема стала государственной. Но... накопилось слишком много трудностей, преодолеть их невозможно без пересмотра существующей стратегии”. Так пересматривайте. Только хочется знать поподробнее, где место эндокринологов в преодолении этих трудностей. На мой взгляд, одной из основных задач главных специалистов в регионах России является привлечение внимания администраций территорий и руководства органов здравоохранения к той или иной проблеме, в том числе достаточного йодного обеспечения. Однако, по мнению господина Г.А. Герасимова, необходимости в подобных исследованиях нет, а научные публикации по проблеме йодного дефицита бесполезны и вызывают раздражение. Я соглас-

на, что ситуацию нужно не только констатировать, но и исправлять к лучшему. Но ведь, кроме намека в статье на пересмотр существующей стратегии в профилактике йододефицита, никаких других предложений не звучит.

2. Групповая профилактика. Если я правильно поняла регионального координатора по странам Восточной Европы и Центральной Азии, вопрос поставлен очень по-новому: Быть или не быть групповой профилактике? И это в России, где по данным на 2004–2005 гг. только 29% населения используют в питании йодированную соль! Итак, что конкретно смущает Г.А. Герасимова: йод в таблетках, группы населения, которые подлежат профилактике, стоимость или целесообразность самого мероприятия? По порядку.

Высказывание № 2. “Нет такой страны в мире – самой, что ни на есть богатой, где всем детям от рождения до 15 лет отмеряют суточную потребность в йоде в таблетках”. Хочу заметить, что мы – это как раз та страна в мире, которая заплатила очень высокую цену за отказ от таблеток йода. Мы все помним уроки Чернобыля, но что тогда стоит за словами “...если бы на пострадавших при аварии территориях, равно как и по всей стране, проводились адекватные мероприятия по йодной профилактике, то это могло бы предотвратить тысячи случаев рака щитовидной железы”¹. На этом противоречия не заканчиваются. Около 6 лет назад был принят Консенсус “Эндемический зоб у детей: терминология, диагностика, профилактика и лечение”, где была обоснована необходимость применения физиологических, то есть ежедневных, доз йода для лиц, проживающих в условиях природного йодного дефицита. Данный документ является согласованным мнением экспертной группы, в состав которой входил и уважаемый оппонент. Но если точка зрения столь высоких специалистов будет так часто меняться, то реализация даже самых хороших начинаний в регионах России станет невозможной.

¹ Г.А. Герасимов, Дж. Фиге “Чернобыль: 20 лет спустя”. Клини. и эксперимен. тиреоид. Т. 2. № 2. С. 5-14.

Высказывание № 3. “Какие группы риска (подлежат групповой профилактике)?” Похоже, “программное колесо” Б. Хетцеля начинает крутиться в обратную сторону, если подобные вопросы задает Г.А. Герасимов. Нет смысла развивать дебаты по этому вопросу. Все ответы даны в пособии для врачей “Профилактика и лечение йоддефицитных заболеваний в группах повышенного риска”².

Высказывание № 4. “Скорее всего беременным и кормящим потребуется назначение йодных добавок... Но при чем здесь все остальные, включая детей и подростков?” Оставим в покое “всех остальных”. Давайте уточним, зачем назначаются препараты йода беременным и кормящим женщинам. Ответ очевиден: обеспечить йодную дотацию ребенку. Тогда почему в последующем забываем об этом, ведь после 6 мес грудное молоко перестает быть основным продуктом питания (вводится прикорм), а потребность в йоде остается высокой.

Высказывание № 5. “...О высокой стоимости программы йодной профилактики... 100 млн рублей в год для приобретения таблетированных препаратов йода только для детей одного региона России (Красноярский край)”. Мы все реалисты и прекрасно понимаем, что никто и никогда в регионах такие деньги на йодную профилактику не выделит. Однако дискутируется цена вопроса. Хорошо. Ни в коей мере не сомневаясь в необходимости назначения йодных препаратов беременным и кормящим женщинам, уточню: в Красноярском крае ежегодно рожают более 30 000 женщин. Если каждая из них будет получать 200 мкг калия йодида в течение только 18 мес (период гестации и кормления грудью), то сумма, которая потребуется на это, приблизится к 30 млн рублей. При этом стоимость профилактики для данной работающей(!) категории населения не смущает “взрослых” эндокринологов, а выделение 100 млн рублей для детей (наименее защищенной социальной группы), по мнению Г.А. Герасимова, является “дискредитацией программы в целом”. Хотя глупо, конечно, считать деньги, которых все равно нет. Проблема должна решаться иначе. Думаю, что достаточное отечественное производство таблеток калия йодида в востребованных (физиологических) дозах позволило бы сократить затраты и сделать доступной групповую профилактику, а также прекратить обсуждение виртуальных сумм с большим числом нулей.

Высказывание № 6. “...У семей есть выбор: просто покупать и использовать йодированную соль или тратить деньги на таблетированные препараты йо-

дидов”. Действительно, зачем платить деньги, если ведущий эксперт по проблеме считает, что выделенные из семейного бюджета 10 руб. в год надежно защитят всю семью от йодного дефицита (очень смелое, но опасное заявление). Конечно, опыт Болгарии, Македонии и Румынии по ликвидации йодной недостаточности на фоне всеобщего потребления соли заслуживает внимания, но:

- не верю, что можно решить проблему достаточного йодного обеспечения ребенка в период внутриутробного развития с помощью соли, так как гестозы беременности с отеками и повышением артериального давления определяют бессолевую диету;

- не верю, что можно решить проблему достаточного йодного обеспечения у детей раннего возраста с помощью соли, так как количество поваренной соли в рационе ребенка раннего возраста не превышает 0,5–1,0 г, а следовательно, за 1 прием количество потребляемого йода составит 20–40 мкг, что соответствует 20–40% суточной потребности. Кстати, современные адаптированные детские смеси и прикормы обогащены йодом, и это (а не йодированная соль) во многом помогает решать проблему профилактики. Однако большая часть наших детей получает прикорм обычным коровьим молоком, а также овощами и кашами из круп, выращенных на йоддефицитных территориях;

- не верю, что можно решить проблему достаточного йодного обеспечения у подростков с помощью соли, так как располагаю собственными данными о наибольшей выявляемости зоба в указанной возрастной группе (12–15 лет) и для большей убедительности могу сослаться на данные Франсуа Деланжа, который отметил именно среди подростков Бельгии (легкий йодный дефицит) повышенный захват йода щитовидной железой и указал на интенсификацию метаболизма йода в этом возрасте (Tyroid International: международный опыт изучения заболеваний щитовидной железы, 2004).

Как же задачи профилактики решаются в настоящее время? Ответ очевиден. Если врач убедителен, а родители или пациенты осознают личную ответственность за свое здоровье и не ждут “милости от природы” — все будет хорошо. В таких семьях на столе будет йодированная соль, а для детей и подростков найдутся деньги на таблетированный йод и витамины. Не сомневаюсь, что общими усилиями и при условии взаимопонимания мы победим!

Написанный выше материал я обсудила со своими коллегами (педиатрами и детскими эндокринологами), получила поддержку и хочу добавить по-

² Профилактика и лечение йоддефицитных заболеваний в группах повышенного риска / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко и соавт. М., 2004.

следнее: мы все понимаем важность обсуждаемой проблемы; мы хотим конструктивно и последовательно решать поставленные задачи; мы не сомневаемся в важности массовой профилактики (целесообразности, универсальности, доступности и экономич-

ческой эффективности использования йодированной соли), но не должны отказываться от препаратов йода (дети и подростки), так как цена таких решений может намного превысить стоимость самых дорогих профилактических программ.