

Ответ Г.А. Герасимова

Поскольку передовая статья (№ 3, 2006) была написана мною в жанре научного фельетона, то неудивительно, что она вызвала столь эмоциональный отклик у глубоко мною уважаемой Т.Е. Таранушенко. Надо сказать, что три года назад я сразу направил отклик на ее статью в журнал “Клиническая тиреоидология”, но по независимым от меня обстоятельствам он не был опубликован. Правда, похоже, что и мои взгляды, и представления Т.Е. Таранушенко по обсуждаемому вопросу с тех пор мало изменились. По существу же ответа уважаемой коллеги мне хотелось бы сказать следующее.

Я не “намекаю”, а прямо предлагаю, что “простым решением сложной проблемы” должно быть **законодательно закрепленное обязательное йодирование пищевой поваренной соли** (как той, что используется на кухне, так и применяемой в пищевой промышленности). Соответствующий законопроект 3 (три) раза вносился в Государственную Думу РФ (последний раз — в 2005 г., притом всем составом Комитета по охране здоровья Госдумы) на рассмотрение, но регулярно получал отрицательные отзывы от правительства.

На прошедшем Конгрессе эндокринологов все участники должны были получить национальный доклад “Дефицит йода — угроза здоровью и развитию детей России. Пути решения проблемы”. В нем говорится, что:

— “...спустя 7 лет, и несмотря на все меры, предусмотренные Постановлением правительства “О мерах по профилактике заболеваний, вызванных дефицитом йода”, (1999), фактическое среднее потребление йода с питанием жителями России по-прежнему составляет всего 40–80 мкг в день, **что в 3 раза меньше установленной нормы;**

— частота эндемического зоба, наиболее видимого проявления дефицита йода, в отдельных регионах страны **достигает 98%;**

— ежегодно в медицинские учреждения обращаются более 1,5 млн взрослых и около 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 расходы на лечение и медико-социальную реабилитацию пациентов с заболеваниями

ми щитовидной железы, вызванными дефицитом йода, составляют миллиарды рублей и **в десятки раз превышают затраты на все мероприятия по профилактике и устранению йододефицитных заболеваний путем всеобщего йодирования соли”.**

Большинство из соседних с нами стран восприняли подобные “намеки” как основание для принятия стратегии обязательного йодирования соли и достигли успехов в устранении дефицита йода в питании и вызванных им заболеваний. Россия же почему-то медлит. И многократное повторение популяционных исследований частоты зоба или экскреции йода с мочой вряд ли поможет решить проблему. Это все равно что методично измерять температуру у тяжело лихорадящего больного без предписания ему эффективного лечения.

Уважаемая мною коллега ставит совершенно правильный вопрос: “...хочется знать подробнее, где место эндокринологов в преодолении этих трудностей”. Отвечаю: законы действительно принимают профессиональные политики. Но при этом они опираются на мнение экспертов. Можно ли ожидать принятия адекватного решения от политиков, если один из наиболее авторитетных специалистов “не верит”, что с помощью йодированной соли можно решить проблему достаточного йодного обеспечения у детей, начиная с периода внутриутробного развития до подросткового возраста включительно?

На эмоциональное “не верю” я могу ответить только лапидарным “я знаю”. Как координатор международных программ, на собственном опыте я убедился в том, что:

— принятие закона об обязательном йодировании соли и его эффективное применение увеличат долю домохозяйств (семей), использующих йодированную соль, более чем 90%. Самые недавние примеры. Казахстан принял закон в 2004 г.: прирост составил с 20% в 2000-м до 83% в 2005-м и до 94% в 2006 г. Грузия приняла закон в 2004 г.: число домохозяйств, использующих йодированную соль, возросло с 8% в 2000-м до 88% в 2006 г.;

— если 90% и более домохозяйств используют качественную йодированную соль, то это **гарантирует** адекватное обеспечение йодом на популяционном уровне и никак не противоречит тому, что в силу разных причин какая-то часть населения может иметь

дефицит йода в питании. Описания успешных примеров (Сербия, Туркменистан, Армения) опубликованы мною с зарубежными коллегами в этом номере журнала и в журнале “Проблемы эндокринологии”;

— снижение частоты зоба среди детей на фоне достижения адекватного обеспечения питания йодом происходит медленно. Для этого требуются годы, а может быть, что некоторое резидуальное увеличение щитовидной железы (не имеющее клинического значения) останется и на всю жизнь. Об этом немало написано, так что повторяться не буду;

— можно согласиться, что в литературе действительно крайне мало данных о характере обеспеченности питания йодом у детей до 2 лет. Видимо, для такого рода исследований существуют методологические проблемы. Но кто мешает заняться этой интересной темой?

И последнее. Мы (врачи) “...не должны отказываться от препаратов йода (у детей и подростков)” — совершенно правильно считает Т.Е. Таранушенко. Да кто бы спорил! Более того, к имеющимся на рынке таблетированным препаратам йода я бы рекомендовал добавить пролонгированный препарат йодированного масла, однократный прием одной капсулы (200 мг йода) которого достаточен для обеспечения организма ребенка и взрослого йодом на 4–6 мес. К тому же препараты йода являются безре-

цептурными средствами и настолько широко рекламируются, что в своем выборе пациент часто обходится без совета врача. Если на всей территории России сохраняется дефицит йода в питании населения, то нет смысла обсуждать дефиниции “групп риска”, когда в группе риска находится вся страна!

Вместе с тем необходимо помнить, что причиной дефицита йода **в питании** является не отсутствие в аптечной сети или дороговизна импортных препаратов йода. Устранение недостаточности йода, как и дефицита многих других микронутриентов, — это часть многогранной проблемы полноценного и здорового питания. И решить ее можно только путем обогащения массовых продуктов питания, таких, как соль (другие примеры: обогащение муки и хлеба железом и фолиевой кислотой, молока — витамином Д, растительных масел — витамином А). Авторитетный во всем мире “Копенгагенский консенсус” (www.copenhagenconsensus.com) — экспертная группа ведущих ученых-экономистов мира и Нобелевских лауреатов в 2004 г. поставила программы обогащения продуктов питания микронутриентами на второе место по экономической эффективности — сразу вслед за мероприятиями по профилактике ВИЧ/СПИД.

Ну а колесо должно крутиться. Зачем иначе его изобрели?