

## Отзыв на статью “ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ДИФФУЗНОГО ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В РЕГИОНЕ ЛЕГКОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА И АНТРОПОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ”<sup>1</sup>

Целью проведенной авторами работы было по возможности усложнить и сделать более затратной сравнительную простую с точки зрения клинициста задачу – лечение диффузного эутиреоидного зоба (ДЭЗ) у взрослых. К чести авторов статьи надо отметить, что для комплексной терапии они выбрали не самые дорогие препараты, а методы лечения были неинвазивными и сравнительно безопасными.

В качестве обоснования усложнения и удорожания “базисной терапии” ДЭЗ препаратом йодида калия (200 мкг/день) авторы обратились к популярной в начале этого века концепции, что “в современных условиях антропогенного загрязнения роль экопатогенных воздействий в формировании заболеваний ЩЖ возрастает, а сама городская среда становится небезопасной для здоровья, в том числе из-за негативного влияния ксенобиотиков на течение ДЭЗ и иных ЙДЗ”. Само по себе это утверждение не имеет достоверных научных доказательств, а в иностранной литературе вовсе не существует понятия об “экопатогенах” как неких мифических субстанциях, влияющих на щитовидную железу<sup>2</sup>. Что же касается возможного “воздействия природных и техногенных струмогенов”, то авторам для доказательств такого воздействия следовало бы определить, о каких конкретно струмогенах идет речь, а затем привести данные об их содержании в крови или моче у обследованных пациентов.

Авторы также не приводят доказательств того, что использование биологически активной добавки (БАД) “Рекицен-РД”, состоящей из “инактивированных винных дрожжей (*Saccharomyces vini*), ферментированных пшеничных отрубей и минералов артезианской воды”, способно повысить эффективность “базовой терапии” йодом. Производители этого БАДа полагают, что добавка “обладает свойствами энтеросорбента в отношении мышьяка, свинца, ртути, стронция и ароматических углеводов”. Но,

во-первых, не одно из перечисленных веществ нельзя назвать классическим струмогеном, а во-вторых, в статье не представлены данные о снижении их уровня у пациентов, принимавших этот БАД. Кстати, на собственном интернет сайте (<http://rekicen.ru>) “Рекицен-РД” позиционируется как средство “глубокой очистки организма от шлаков – средство №1 в России”. Этот слоган скорее апеллирует аудитории программы “Малахов+”, а не профессиональному врачебному сообществу.

Несмотря на изначально весьма сомнительную концепцию исследования у рецензента не возникло сомнений в достоверности представленных в статье результатов и надежности статистической обработки данных. Как и следовало ожидать, прием препарата калия йодида (200 мкг/день) приводил к незначительному, но все же достоверному уменьшению объема щитовидной железы во всех обследованных группах. Также было зарегистрировано небольшое, но статистически достоверное снижение уровня ТТГ в крови во всех группах, где восполнялся дефицит йода. Остальные статистически значимые отличия между группами сводились к снижению ИМТ, уровня холестерина и глюкозы крови. Но какое это все имеет отношение к патогенезу йододефицитного ДЭЗ и почему “такое комплексное лечение может быть оправданным у взрослых пациентов с ДЭЗ в условиях йодного дефицита и техногенного загрязнения окружающей среды”? Значит ли это, что в подобном “комплексном лечении” не нуждаются сельские жители (они не живут в “небезопасной для здоровья городской среде”), равно как беременные и кормящие женщины и дети до 2 лет? По мнению экспертов ВОЗ, групповая йодная профилактика рекомендуется именно беременным и кормящим женщинам и детям до 2 лет, если в их питании недоступна йодированная соль<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2009. Т. 5. № 4. С. 42.

<sup>2</sup> Более подробно я об этом написал в начале этого тысячелетия в отзыве на статью Э.П.Касаткиной в журнале “Проблемы эндокринологии”. 2001. №6. С. 12–15.

<sup>3</sup> Герасимов Г.А. О новых рекомендациях ВОЗ и ЮНИСЕФ по профилактике йододефицитных заболеваний // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2008. Т. 4. №1. С. 2–7.

К сожалению, авторам почему-то не пришло в голову вместо назначения обременительной для кошелька пациентов с ДЭЗ “комплексной терапии” просто отправить их в соседний гастроном, и рекомендовать им приобретать, и всегда использовать в питании только йодированную соль. А вместо прописывания “средства №1 в России для глубокой очистки организма от шлаков” дать уместные рекомендации по здоровому питанию, которые можно было бы реализовать в этом же объекте розничной торговли? Тут 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.

Нельзя, однако, не отметить, что на российских врачей в последние 20 лет была возложена совсем несвойственная им роль пропагандистов йодных добавок, так как государство от выполнения своей функции по эффективной профилактике йодного дефицита постоянно уворачивается, ставя желание отдельных граждан квасить капусту нейодированной солью выше права миллионов детей на полноценное физическое и интеллектуальное развитие и лишая всех нас эффективной профилактики заболеваний щитовидной железы путем массового йодирования соли. Однако, переложив на врачей обязанность предупреждать йодный дефицит среди своих подданных, Государство Российское вовсе не требует от них всяческим образом усложнять и удорожать это сравнительно несложное мероприятие, а тем более давать ему подобного рода “научное” обоснование.

*Г.А. Герасимов,  
член редакционной коллегии журнала  
“Клиническая и экспериментальная тиреология”*