

Ответ авторов статьи

“ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ДИФФУЗНОГО ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В РЕГИОНЕ ЛЕГКОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА И АНТРОПОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ”¹рецензенту²

В работе проведено изучение сравнительной характеристики эффективного применения препаратов йода, йода и сорбента, йода + сорбент + селен в лечении диффузного эутиреоидного зоба (ДЭЗ) на территории с легким дефицитом йода и значительным антропогенным загрязнением. Применение сорбента основано на гипотезе о наличии техногенных зобогенов. Мы полностью разделяем сомнения рецензента, что данную концепцию нельзя считать доказанной, но и опровергнутой тоже. Нам близка позиция М.И. Балаболкина³, подчеркивающего главную роль йодного дефицита и с энциклопедическим блеском демонстрировавшего палитру исследований, посвященных многим факторам, имеющих перmissive значение в генезе ДЭЗ.

В качестве сорбента в работе использовалась биологическая активная добавка (БАД) рекицен-РД. Мы полностью согласны с рецензентом, что рекламный слоган «Рекицен — средство для глубокой очистки организма...», представленный на промоутерском сайте БАДов, вызывает негативную оценку врачебного сообщества, но он, как и телереклама препаратов, не обращен к нему. В то же время негативная оценка, основанная на восприятии примитивной рекламы, равно как и позитивная оценка, основанная на знании того, что рекицен-РД создан представителями солидной научной школы, является лишь **априорной**. Подлинная же оценка может быть результатом исследования, данные которого подробно и честно представлены в обсуждаемой статье.

Результаты лечения в сравниваемых группах были близки, но все же доля пациентов, у которых в течение 6 мес достигнута нормализация размеров щитовидной железы, оказалась статистически значима в пользу пациентов, получающих комбинированное

лечение, причем наилучшие результаты были достигнуты в группе, где были назначены препараты йода + сорбент + йод (30 против 3,3% в группе, получавших только препараты йода). У них в большей степени повышалась функция ЩЖ (в пределах референсных значений ТТГ и св. Т₄) и отмечалась позитивная динамика ряда метаболических показателей, возможно, вне всякой связи с тиреоидной функцией. На основании этих результатов авторы делают осторожный вывод о том, что такой метод лечения ДЭЗ может быть полезен у взрослых пациентов в условиях йодного дефицита и техногенного загрязнения окружающей среды.

Можно сказать, что этого недостаточно для широкого внедрения данного метода в практику, что, безусловно, правильно по отношению к пилотному исследованию. Рецензент совершенно прав, когда говорит о недоказанности связи лечебного эффекта и сорбционных свойств рекицена. К этому можно добавить, что и заметный эффект селена требует объяснения. Но отрицать, что по результатам данного исследования (по мнению рецензента, основанного на достоверных и правильно статистических обработанных данных) назначение препаратов селена и энтеросорбента рекицена дополнительно к базисной терапии препаратами йода ускоряло регресс (пусть не намного, но статистически значимо) ДЭЗ, невозможно. А интерпретировать этот результат можно по-разному. И мы можем лишь поблагодарить рецензента за заинтересованное участие в обсуждении этого исследования.

Авторам было бы очень приятно прервать свой ответ на этом месте, но, к сожалению, в рецензии имеются высказывания, которые, вероятно, являются недоразумением. Например, рецензент пишет: “К сожалению, авторам почему-то не пришло в го-

¹ Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2009. Т. 5. № 4. С. 42.

² Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2010. Т. 6. №2. С. 68–69.

³ Балаболкин М.И. Решенные и нерешенные вопросы эндемического зоба и йододефицитных состояний // Пробл. эндокринол. 2005. Т. 51. №4. С. 31–37.

лову 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”. Таким образом, утверждается, 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? Если это точка зрения рецензента, то неужели надо было ждать появления нашей скромной статьи, чтобы ее обнародовать? Стирая

различия между профилактикой йодного дефицита и лечением ДЭЗ у взрослых, нетрудно дойти до обвинений в злонамеренном “усложнении и удорожании предупреждения йодного дефицита у подданных Государства Российского”. Однако для авторов статьи (и не только для них) лечение ДЭЗ у взрослых (чему посвящена статья) не является альтернативой популяционной профилактике йодного дефицита с помощью йодированной соли (что мы активно поддерживаем), и нам поэтому трудно понять, какое отношение все это имеет к нашему очень конкретному труду?

*Л.Г. Стронгин,
Нижний Новгород*