

«На сегодняшний день мы можем обеспечить планирование беременности у женщин с практически любой проблемой со стороны щитовидной железы»



Фадеев Валентин Викторович — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой и директор клиники эндокринологии ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет).

Автор более 200 научных работ, монографий, книг по специальности, в том числе учебника по эндокринологии для вузов.

Председатель Московской городской ассоциации эндокринологов, член правления Российской ассоциации эндокринологов, председатель секции по заболеваниям щитовидной железы, член Европейского эндокринологического общества (European Society of Endocrinology) и Европейской тиреоидной ассоциации (European Thyroid Association).

— **Уважаемый Валентин Викторович, сахарный диабет (СД) — хроническое заболевание, распространенность которого в мире неуклонно растет и, по прогнозам, к 2030 году может составить 69%. Как изменились подходы к ведению пациентов с СД с учетом новых научных данных об этиологии и патогенезе, накопленного практического опыта?**

— Проблема СД продолжает оставаться актуальной, поскольку его распространенность значительно увеличилась, а врачей, которые готовы работать с такими пациентами, стало непропорционально меньше.

За 20 с лишним лет произошли очень большие изменения в понимании патогенеза СД, и мне кажется, главное из них — осмысление его как мультифакториального заболевания.

Изменение идеологии, произошедшее на рубеже XX и XXI веков, состоит в том, что мы уже не воспринимаем диабет как исключительно «сахарную болезнь». Говоря о самом распространенном СД 2 типа, мы понимаем, что речь идет о сложном системном нарушении обмена веществ, при котором гипергликемия представляет собой лишь один из многочисленных, а в клинической практике нередко не самых важных биохимических феноменов. В существенном количестве случаев прогноз для пациента в большей степени определяется контролем дислипидемии, артериальной гипертензии. Более того, некоторые современные препараты, которые доказали

свой позитивный эффект в снижении сердечно-сосудистой смертности при диабете, действуют не только и не столько за счет снижения уровня глюкозы. Таким образом, наши приоритеты поменялись от доминанты контроля содержания глюкозы в крови к так называемой прогноз-центрической модели контроля диабета, в которой на первом месте стоят риски конкретного пациента.

За последние 20 лет разработаны и внедрены в клиническую практику несколько принципиально новых классов сахароснижающих препаратов для пациентов с СД 2 типа, уменьшающих уровень глюкозы в крови без риска гипогликемических состояний. Кроме того, разработаны новые аналоги инсулинов, имеющие существенно более благоприятную фармакокинетику, чем традиционные препараты человеческого инсулина. Значительный прогресс достигнут в области помповой инсулинотерапии, и сейчас мы находимся на пороге внедрения в клиническую практику так называемой помпы с закрытым контуром, которая автоматически контролирует подачу инсулина в соответствии с уровнем гликемии. Появились и новые средства самоконтроля (средства непрерывного мониторинга концентрации глюкозы), современные глюкометры уже имеют возможность подключения к смартфонам и компьютерам.

Важно отметить одну базовую проблему — не изменилось и вряд ли изменится мышление людей, в частности пациентов с диабетом. СД от многих

других заболеваний отличает то, что для его эффективного контроля необходимы изменение образа жизни и мыслей пациента, его приверженность к лечению. Технические средства могут помочь больному, но они никогда не решат проблему его отношения к болезни и к себе самому.

— **Вы защитили докторскую диссертацию на тему «Заболевания щитовидной железы в регионах легкого йодного дефицита» в 2004 году, собрав колоссальный материал по клинической эпидемиологии. Как изменилась ситуация сейчас?**

— Ситуация, конечно, меняется к лучшему, доля йодированной соли в общем ее потреблении постепенно увеличивается. Я занимался клиническими последствиями легкого йодного дефицита и особенностями развития и течения аутоиммунных заболеваний щитовидной железы в этих условиях, но врачи только своими силами не решат эту проблему. Для радикальной и быстрой ликвидации йододефицита нужно законодательное введение всеобщего йодирования поваренной соли.

— **Еще одно направление Ваших научных исследований — концепция функциональной автономии щитовидной железы. Каковы ее основные положения?**

— Функциональная автономия щитовидной железы является результатом длительно существующего легкого йод-

ного дефицита. Клинически она в большинстве случаев представлена многоузловым токсическим зобом (с субклиническим или явным тиреотоксикозом) у людей пожилого возраста (65+). Вопреки бытующим механистическим представлениям, легкий и даже умеренный йодный дефицит практически никогда не приводит к развитию гипотиреоза: компенсаторные возможности тиреоидной ткани очень высоки, и она, порой ценой значительной гиперплазии и гипертрофии, может обеспечить организм в этой ситуации тиреоидными гормонами.

Тем не менее оборотной стороной гиперпластических процессов в щитовидной железе оказывается формирование узловых образований, которые в ряде случаев начинают функционировать автономно от гипофизарной регуляции и неконтролируемо производить тиреоидные гормоны (так называемые «горячие» узлы). Процесс автономизации тиреоидной ткани обычно занимает десятилетия, поэтому многоузловой токсический зоб — заболевание пациентов старшей возрастной группы, что существенно затрудняет его своевременную диагностику.

— **Расскажите, пожалуйста, об основных принципах лечения пациентов с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы.**

— Существуют уникальные аутоиммунные заболевания щитовидной железы. Ни один другой орган или ткань не может «похвастаться» их столь широким спектром. Это несколько вариантов аутоиммунного тиреоидита: классический хронический лимфоцитарный вариант Хашимото с исходом в гипотиреоз, послеродовой, безболевого («молчащий»), цитокин-индуцированный тиреоидит и уникальная с точки зрения аутоиммунного механизма болезнь Грейвса (Базедова), при которой аутоиммунный процесс ограничивается выработкой антител без клеточно-опосредованных реакций, что приводит к гиперфункции органа-мишени, то есть клинически — к тиреотоксикозу.

Подходы к лечению пациентов с аутоиммунными тиреопатиями существенно различаются в зависимости от конкретного заболевания. К сожалению, специфические иммуноотропные методы терапии аутоиммунных заболеваний щитовидной железы пока не разработаны.

— **Каково влияние заболеваний щитовидной железы на репродуктивную систему, фертильность?**

— Тиреоидные гормоны матери абсолютно необходимы для нормального развития плода, в первую очередь его нервной системы, и именно здесь проявляются наиболее тяжелые и необратимые последствия йодного дефицита. Нарушения функции щитовидной железы могут привести к бесплодию, невынашиванию, нарушениям развития плода. В связи с этим определение уровней ТТГ и тиреоидных гормонов стало неотъемлемой частью обследования женщин. Адекватное лечение и компенсация гипотиреоза позволяют планировать беременность подавляющему большинству женщин с заболеваниями щитовидной железы, а выявление патологии во время беременности делает возможным ее продолжение и благоприятное завершение.

Здесь необходимо отметить, что коммерциализация лабораторной диагностики сделала обследование щитовидной железы самым популярным в эндокринологии, а это возымело и негативные последствия в виде гипердиагностики достаточно безобидных феноменов (узлового коллоидного зоба, эутиреоидного носительства антител к щитовидной железе), что может тяжело невротизировать пациенток.

— **Как предупредить осложнения беременности при заболеваниях щитовидной железы, неблагоприятные акушерские и перинатальные исходы?**

— Врачам всех специальностей следует помнить, что в нашей стране пока не налажена массовая йодная профилактика, и всем окружающим нужно рекомендовать использование йодированной соли в домашнем хозяйстве. Это дешевый и самый эффективный метод. Вопрос скрининговой оценки функции щитовидной железы у всех беременных и планирующих беременность женщин остается открытым, преимущественно из-за технического несовершенства рутинных лабораторных методов и сложности их внедрения на уровне первичного звена здравоохранения.

Всем женщинам с репродуктивными нарушениями, особенно с бесплодием, гинекологическими заболеваниями, невынашиванием в анамнезе, а также с любыми соматическими заболеваниями, особенно аутоиммунными, на этапе планирования беременности и/или при ее наступлении необходимо определение уровня ТТГ. При выявлении нарушения функции щитовидной железы паци-

ентку следует направить в специализированное учреждение, где есть врачи, имеющие опыт лечения этих заболеваний у беременных.

Мы достигли за последние 30 лет хороших результатов: на сегодняшний день можем обеспечить планирование беременности у женщин с практически любой проблемой со стороны щитовидной железы.

— **Как осуществляется междисциплинарный подход к ведению пациентов с эндокринными заболеваниями в возглавляемой Вами клинике?**

— Эндокринология — междисциплинарная сфера медицинской деятельности, поскольку эндокринные расстройства носят системный, а не локальный характер и проявляются изменениями многочисленных органов и систем. Мы не представляем своей работы без врачей-эндокринологов разных специальностей: хирургов, кардиологов, урологов, офтальмологов, гинекологов и многих других. Особое значение для нас имеют специалисты в области лабораторной диагностики и гормональных исследований.

Рутинные иммунометрические методы лабораторной диагностики перестали удовлетворять наши клинические потребности. Многие из них были хороши в ситуации клинически явных заболеваний, когда гормональное исследование имеет лишь формально-подтверждающий характер. При так называемых «лабораторных» или «биохимических» заболеваниях врач оказывается в очень сложном положении, когда у него нет почти никаких объективных контрольных инструментов, кроме отдельных биохимических параметров. К таким ситуациям можно отнести субклинический гипотиреоз, возрастной андрогенный дефицит, автономную продукцию кортизола и альдостерона, дефицит витамина D.

Основной задачей нашей клиники и кафедры я считаю подготовку врачей-эндокринологов и врачей-клиницистов в широком смысле. Знания врача-клинициста нельзя транслировать по Интернету, зачастую их сложно описать словами. Передать опыт, который нам передали наши учителя, и наш собственный опыт следующему поколению врачей можно только при непосредственном общении и обсуждении реальных пациентов.

Специально для *Доктор.Ру*
Елисова О.В.