

## «Эндокринная система — определяющая, регулирующая, одна из главных интегрирующих систем наряду с нервной»

*Петунина Нина Александровна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой эндокринологии Института профессионального образования ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России. Главный эндокринолог Центрального федерального округа РФ.*

*Автор более 250 печатных работ, глав в учебниках и монографиях, методических рекомендаций для практических врачей, соавтор Национального руководства по специальности «эндокринология» (2016), Федерального руководства «Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ». Член редколлегий научно-практических медицинских журналов «Проблемы эндокринологии», «Сахарный диабет», «Клиническая и экспериментальная тиреологика», «Доктор.Ру». Член Правления Московской городской ассоциации эндокринологов (секция «Преподавание эндокринологии»), член Европейской ассоциации по изучению сахарного диабета (European Association for the Study of Diabetes).*

*Под ее руководством защищены 6 диссертационных работ на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.*

*Награждена грамотами Министерства здравоохранения и социального развития РФ и факультета послевузовского профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова.*

*Получила диплом о дополнительном (к высшему) образовании «Преподаватель высшей школы» (2013).*



**— Уважаемая Нина Александровна, Ваш отец — знаменитый академик Александр Федорович Краснов. Это как-то повлияло на Ваш выбор профессии? И почему Вы выбрали именно эндокринологию?**

— Я считаю своего отца главным учителем. Во многом он определил систему координат, которой я стараюсь следовать в жизни и, безусловно, в профессии. Его жизнь — пример трудолюбия, служения долгу. Он достиг очень больших высот в профессии (его специальность — травматолог-ортопед), в течение 31 года был ректором Самарского государственного медицинского университета, вел важную общественную деятельность, будучи депутатом, возглавляя местное подразделение Комитета защиты мира, но главным делом в своей жизни считал медицину. Мой отец был новатором, создателем и, кроме того, яркой, харизматичной личностью, великолепным оратором. Поскольку я имела перед глазами такой пример, сомнений, что я стану врачом, у меня не было. Подкрепило мой выбор также то обстоятельство, что практи-

чески все в нашей семье — врачи, так что я представитель медицинской династии.

Почему эндокринология? Не могу сказать, что я уже с первого курса выбрала это направление: необходимо было разобраться в медицинских науках, чтобы чему-то отдать предпочтение. На четвертом курсе начались занятия на кафедре эндокринологии Куйбышевского медицинского института (ныне Самарский государственный медицинский университет). Заведовала кафедрой профессор Нелли Ильинична Вербовая. Поначалу на меня произвело впечатление ее отношение к делу: я видела, как организован ее рабочий день, как она общалась с пациентами, со студентами, — а уже потом я вникла в суть специальности, поняла, что эндокринная система — определяющая, регулирующая, одна из главных интегрирующих систем наряду с нервной. Лекции профессора Н. И. Вербовой помню до сегодняшнего дня. Возник интерес к эндокринологии, и выбор был сделан. По прошествии лет я понимаю, что он абсолютно правильный.

В последние десятилетия эндокринология как наука бурно развивается, изменились диагностические подходы, открыты неклассические эндокринные железы, такие как жировая ткань, эндотелий сосудов, а теперь еще и мышцы, вырабатывающие миокины. Это положило начало новейшему этапу развития эндокринологии. Так что ключевое научное направление работ моего отца, академика РАН А. Ф. Краснова, — миология — оказалось тесно связанным с моим профессиональным выбором — эндокринологией. Я не говорю уже о других, более изученных «точках соприкосновения» эндокринологии и травматологии, таких как, например, остеопороз.

Но основным направлением моих научных работ в эндокринологии стала тиреологика. Не могу не вспомнить своего научного руководителя — профессора Михаила Ивановича Балаболкина, поручившего мне, аспирантке, в 1984 году исследования по аутоиммунным заболеваниям щитовидной железы. Изучение фундаментальной и клинической тиреологика воплотилось позже в кандидатскую

и докторскую диссертации, а теперь и в научные исследования моих учеников.

**— Как изменились эпидемиологическая характеристика, структура, частота встречаемости заболеваний щитовидной железы в последнее время?**

— Говоря о медико-социальной значимости заболеваний щитовидной железы, нельзя не остановиться на теме йодного дефицита. Эта проблема остается актуальной в России, в том числе в Москве и Московской области, во многом определяя структуру заболеваний щитовидной железы. К сожалению, в России законодательного регулирования йодирования соли нет и ее использует небольшая часть населения. Более 150 стран приняли закон по обязательному йодированию соли, из стран бывшего СССР только Украина и Россия не решили эту задачу.

Основным клиническим проявлением йодного дефицита является высокая распространенность диффузного нетоксического зоба у молодых пациентов и узлового эутиреоидного зоба, часто с развитием синдрома тиреотоксикоза в последующем, у лиц пожилого возраста вследствие декомпенсации функциональной автономии. Чаще всего это субклинический тиреотоксикоз, ассоциированный с увеличением риска мерцательной аритмии и остеопороза. Наиболее частый вопрос практикующих врачей: что делать с такими больными, лечить или не лечить субклинический тиреотоксикоз? В настоящее время, чтобы ответить на такие вопросы, можно обратиться к клиническим рекомендациям, которые по сути являются «шпаргалкой» для врача и обновляются по мере получения новой доказательной информации. В 2014 году вышли рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению синдрома тиреотоксикоза, а в 2015 году Американская тиреологическая ассоциация определила свою позицию по этому вопросу в рекомендациях по субклиническому тиреотоксикозу.

Не ослабевает научный и практический интерес к аутоиммунным заболеваниям щитовидной железы, таким как болезнь Грейвса и хронический аутоиммунный тиреоидит, хотя уточнение их патогенеза на сегодняшний день принципиально не изменило стратегии ведения больных с данными патологиями.

Клинической базой нашей кафедры являются три эндокринологических отделения с мощным коечным фон-

дом: это городская клиническая больница № 67 имени Л. А. Ворохобова и Центральная клиническая больница МВД РФ. Структура обращений больных не позволяет нам утверждать, что таких пациентов стало меньше. При анализе врачебных ошибок в последние годы особое внимание обращают на аутоиммунные полиэндокринные синдромы, наиболее часто это аутоиммунный полигандулярный синдром второго или третьего типа. Они включают в том или ином виде заболевания щитовидной железы: либо в форме болезни Грейвса, диффузно-токсического зоба, либо в форме хронического аутоиммунного тиреоидита, иногда со сменой функционального состояния щитовидной железы, в сочетании с надпочечниковой недостаточностью аутоиммунной природы и сахарным диабетом первого типа. Это сложная когорта больных, трудная и для диагностики, и для коррекции состояния, и для статистического учета. Например, в течение 5 лет у пациента наблюдают гипотиреоз, потом у него развивается тиреотоксикоз, потом опять возникает гипопункция щитовидной железы. Подобные случаи, хотя они и немногочисленны, всегда сложны для курации, требуют периодических скрининговых исследований функции щитовидной железы и других эндокринных желез, при выявлении изменений — серологической диагностики, а также обследования родственников первой линии родства.

Отдельно скажу об эндокринной офтальмопатии, часто сочетающейся с аутоиммунной патологией щитовидной железы. На базе городской клинической больницы № 67 при непосредственном участии сотрудников кафедры эндокринологии Института профессионального образования врачей Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова сотрудники эндокринологического и офтальмологического отделений активно занимаются этим направлением как в научном, так и в практическом плане. На сегодняшний день на нашей клинической базе есть все возможности для современной диагностики и лечения данного заболевания: визуализация орбит (УЗИ, КТ, МРТ), радионуклидная диагностика на основе радиоактивных изотопов технеция 99m, йода-131, исследование гормонального профиля. В терапии используются современные схемы медикаментозного воздействия, а в перспективе — применение хирургического лечения.

С этой целью в Германии, в специализированном центре, методам декомпрессии орбит обучен молодой специалист-офтальмолог.

На основе результатов генетических, иммунологических и клинко-инструментальных исследований уточнены патогенетические механизмы развития эндокринной офтальмопатии и предложены методы оптимизации лечения, которые внедряются в клиническую и педагогическую практику. С позиции доступности комплексного подхода к ведению таких пациентов в условиях городской клинической больницы это предложение является уникальным, поскольку в предшествующий период высокоспециализированную помощь им оказывали в Москве только в федеральных учреждениях.

**— Каковы особенности течения заболеваний щитовидной железы при беременности и течения беременности при заболеваниях щитовидной железы? Существуют ли современные рекомендации по лечению и профилактике осложнений?**

— Это очень важный вопрос, потому что тиреоидная функция во многом определяет закладку, дифференцировку органов и тканей и рождение здорового ребенка. Здесь нужно выделить два аспекта. Первый — понимание того, что беременность (например, вследствие генетической предрасположенности) может спровоцировать заболевание щитовидной железы, которое себя ранее не проявляло.

Второй аспект — женщина уже имеет ту или иную патологию щитовидной железы. Природа мудра, и при наступлении беременности она помогает выносить, родить нормального ребенка, потому что развивается иммунологическая ремиссия аутоиммунных заболеваний щитовидной железы. Но возможно и другое: беременность способна ухудшить течение болезни, и могут потребоваться согласованные действия эндокринолога и акушера-гинеколога для коррекции выявленных нарушений, сохранения беременности и рождения здорового ребенка.

Несмотря на десятилетние дискуссии о необходимости проведения скрининговых исследований, оценивающих функцию щитовидной железы и аутоиммунные заболевания, еще раз хочу отметить их важность на ранних сроках беременности, в первом триместре, а уже в зависимости от конкретных показателей нужно принимать решение

о простом мониторинге либо тактических шагах в лечении. Очень эффективным оказалось содружество акушеров-гинекологов и эндокринологов: практически всем беременным при первичном обращении в амбулаторном звене проводят такие обследования. Напомню, что беременные и кормящие женщины, а также дети до трех лет, по мнению Всемирной организации здравоохранения, входят в группу повышенного риска развития йоддефицитных заболеваний. Потребность в йоде у них выше в силу физиологических особенностей. У беременных женщин она составляет около 250 мкг в сутки, им необходимо назначать лекарственный препарат — йодид калия. Если мы не будем заниматься йодной профилактикой на должном уровне, то потеряем интеллект нации.

В последние годы вышло немало рекомендаций по ведению беременности у женщин с заболеваниями щитовидной железы: документы Американской и Европейской тиреологической ассоциаций, Американской ассоциации клинических эндокринологов. Рекомендации на эту тему выходили в 2007, 2011 и 2012 годах. Уровень их доказательности по некоторым пунктам, к сожалению, не очень высок, так как с позиции этики беременность не предполагает формирования каких-то контрольных групп, изучения вопроса, кого лечить, а кого нет. Помогает в этой ситуации то, что клинические рекомендации формируются на основе большого фактического материала.

Из более поздних документов могу назвать рекомендации Европейской тиреологической ассоциации по субклиническому гипотиреозу у беременных и детей (2014), а также Российский национальный консенсус по диагностике, лечению и послеродовому наблюдению при гестационном сахарном диабете (2013). Позиция Российской ассоциации эндокринологов по ведению беременных женщин с эндокринопатиями изложена в Национальном руководстве по эндокринологии, последний выпуск которого вышел в 2016 году.

**— Расскажите, пожалуйста, об инновационных методах диагностики и лечения в эндокринологии.**

— Наверное, о новых технологиях удобнее всего говорить на примере лечения сахарного диабета как первого, так и второго типа, поскольку внедрение новых технологий во многом касается именно этих нозологий. Можно отметить и новые возможности формата терапии,

и появление новых групп лекарственных препаратов. В течение жизни одного поколения врачей возможности очень расширились. Инсулин, бигуаниды, препараты сульфонилмочевины — вот все, чем мы располагали в конце 1990-х — начале 2000-х годов. А дальше — прорыв. Появились инкретиномиметики — препараты, которые по механизму действия сродни гормонам желудочно-кишечного тракта, вырабатываемым в ответ на прием пищи и вызывающим стимуляцию секреции инсулина; ингибиторы натрий-глюкозных котранспортеров второго типа — инновационные технологии лечения больных сахарным диабетом, имеющие массу преимуществ по эффективности, безопасности, собственно по патофизиологическому подходу.

Создается так называемый умный инсулин, который действует, когда это нужно; в стадии разработки находятся несколько вариантов неинвазивных форм инсулина для ингаляционного перорального, трансбуккального, введения. Уже сейчас существуют новые способы его введения — шприцы-ручки, инсулиновые помпы. Применение помп существенно улучшает качество жизни больных, особенно того их варианта, который по сути является протечей искусственной поджелудочной железы, — с непрерывным мониторингом глюкозы и введением необходимого количества инсулина в зависимости от полученного результата.

Система постоянного мониторинга глюкозы CGMS, предоставляющая полную информацию об изменениях уровня глюкозы в крови в течение суток, включая скрытую гипогликемию, дефицит инсулина, позволяет разобраться в сложных ситуациях, рационально корректировать терапию. На базе Эндокринологического научного центра Минздрава России открыта лаборатория клэмп-технологий. Молекулярно-генетические и гормонально-метаболические технологии уже сегодня помогают осуществлять персонализированный подход и, как завещали наши учителя, лечить не болезнь, а больного.

«Умные» приборы каждый день помогают пациенту с диабетом, улучшая качество его жизни. Глюкометры, системы наблюдения паттернов отслеживают динамику показателей гликемии больного, «сообщают» ему об изменениях в показателях и необходимости коррекции дозы препарата. Это позволяет предотвратить тяжелые гипогликемии и гипергликемии. Работая на базе отделения эндокринологии скоромощ-

ной городской клинической больницы № 67 на протяжении почти 30 лет, я могу сказать, что в последнее время случаи госпитализации в состоянии диабетической комы редки.

Внедрение новых технологий требует обучения как врача, так и пациента. Наша кафедра — одна из тех, которые занимаются профессиональным обучением врачей, активно участвуя в становлении системы непрерывного профессионального образования. На протяжении последних лет функционируют также школы по обучению больных диабетом, кабинеты диабетической стопы. Данная система заработала и привела к хорошим результатам. В одной из последних публикаций академик РАН Иван Иванович Дедов отметил, что, по оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения, Россия вошла в первую десятку стран, которые за последние годы добились наибольших успехов по снижению распространенности неинфекционных заболеваний, в том числе сахарного диабета. Разве это не убедительное доказательство эффективности создания и организации работы диабетологической службы в стране?

**— Есть ли у Вас хобби?**

— Хобби... Образовательный процесс или подготовка к нему, создание методических материалов, новых программ занимают много времени в моем графике. Работа с электронными ресурсами стала моим хобби. Если же говорить о том, чем мне хотелось бы заниматься, будь у меня такая возможность... Если бы я не была врачом, то стала бы архитектором, возможно, дизайнером. Я изучаю литературу по данным направлениям, освоенное пытаюсь использовать на практике. Это доставляет мне удовольствие.

**— Что бы Вы пожелали нашим читателям?**

— Хочу пожелать врачам всех специальностей использовать те возможности, которые в последнее время привносит бурно развивающаяся наука. Особое удовольствие доставляет способность помочь больному, сохранить качество жизни. Одно из направлений, которое сейчас очень актуально, — так называемая персонализированная, «приталенная» терапия. Пожелание врачам — иметь реальную возможность использовать этот принцип.

Специально для *Doctor.Ru*  
Елисова О. В.