

ЗОБ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ: РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ РОССИЙСКИХ ЭНДОКРИНОЛОГОВ

В.В. Фадеев

ФГБУ Эндокринологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва

В.В. Фадеев — доктор мед. наук, профессор кафедры эндокринологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, зам. директора ФГБУ Эндокринологический научный центр Минздравсоцразвития РФ

Представлены результаты опроса среди 1643 российских эндокринологов по проблемам лечения зоба и послеоперационного гипотиреоза, а также безопасности препаратов йода.

Ключевые слова: зоб, гипотиреоз, послеоперационный гипотиреоз.

Non-toxic goiter and post-operative hypothyroidism: a survey among Russian endocrinologists

V.V. Fadeyev

Federal Endocrinological Research Center, Moscow

The article represents results of a survey among Russian endocrinologists concerning treatment of non-toxic goiter, post-operative hypothyroidism and safety of iodine preparations.

Key words: goiter, hypothyroidism, postoperative hypothyroidism.

Введение

На заболевания щитовидной железы (ЩЖ) и различные феномены, с ней связанные, приходится абсолютное большинство обращений к эндокринологам, при этом в структуре этих обращений лидирующие позиции занимает узловой и многоузловой зоб. Показания к оперативному лечению многоузлового зоба, к сожалению, продолжают трактоваться достаточно широко, в связи с чем до трети случаев гипотиреоза приходится на ятрогенный послеоперационный гипотиреоз как результат наиболее часто предпринимаемой в нашей стране частичной резекции ЩЖ. Подходы к лечению послеоперационного гипотиреоза после таких операций могут несколько отличаться от стандартных, и наблюдение таких пациентов оказывается куда более трудоемким, поскольку, помимо компенсации собственно гипотиреоза, необходимо наблюдение за тиреоидным остатком, в котором, как правило, рано или поздно появляются новые узловые образования. Проблемам лечения послеоперационного гипотиреоза был посвящен опрос эндокринологов, результаты которого представлены в этой статье.

Материал и методы

В 2011 г. нами была разработана анкета, посвященная диагностике и лечению заболеваний ЩЖ, которая случайным образом (без какого-либо специального отбора) была разослана эндокринологам в различные регионы РФ. Целью анкетирования являлся не контроль уровня знаний, а оценка представлений отечественных эндокринологов в отношении некоторых вопросов патологии ЩЖ. Вопросы анкеты касались диффузного эутиреоидного зоба и послеоперационного гипотиреоза. Техническое содействие в проведении данного анкетирования оказывала компания “Берлин-Хеми/Менарини”. В окончательный анализ результатов опроса вошли 1643 заполненные анкеты. Все участвующие в опросе были эндокринологами.

Результаты и их обсуждение

Далее мы представляем результаты проведенного опроса по основным вопросам анкеты и пытаемся их анализировать.

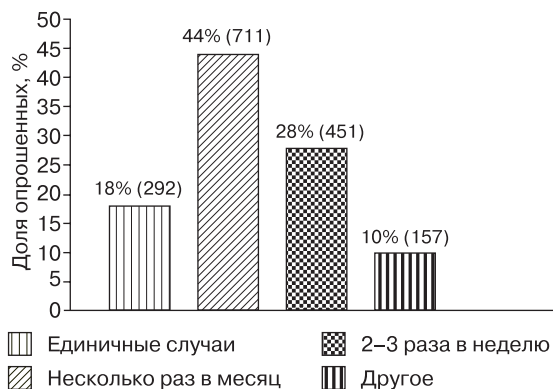


Рис. 1. Как часто вы наблюдаете пациентов, которым по поводу узлового (многоузлового) зоба была предпринята частичная резекция ЩЖ?

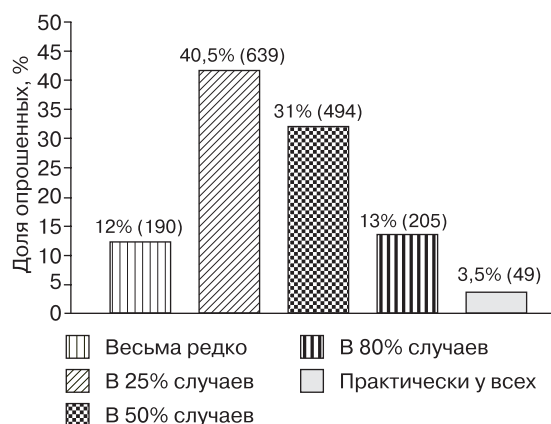


Рис. 2. Как часто у ваших пациентов после операции по поводу узлового (многоузлового) зоба в тиреоидном остатке вновь образуются узлы?

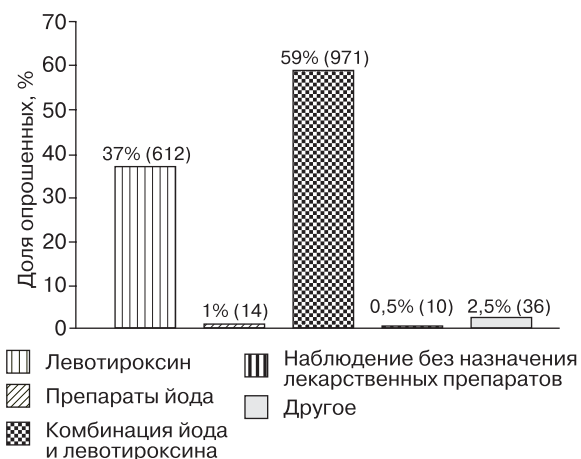


Рис. 3. Что вы назначаете пациентам с послеоперационным гипотиреозом после частичной резекции ЩЖ (ТТГ повышен, но железа удалена не полностью)?

1. Как часто вы наблюдаете пациентов, которым по поводу узлового (многоузлового) зоба была предпринята частичная резекция ЩЖ (рис. 1)?

Результаты анкетирования по первому вопросу свидетельствуют о том, что частичная резекция ЩЖ по поводу многоузлового зоба является весьма частым оперативным вмешательством, поскольку 70% респондентов наблюдают таких пациентов от нескольких раз в месяц до нескольких раз в неделю. Органосохраняющая тактика при оперативном лечении многоузлового зоба достаточно редко оправдана, поскольку если операция предпринимается по реальным показаниям (компрессионный синдром, косметический дефект), то, как правило, наиболее рациональной оказывается тиреоидэктомия. Тем не менее частичные резекции ЩЖ по поводу узлового/многоузлового зоба традиционно относятся в нашей стране к наиболее частым оперативным вмешательствам на ЩЖ.

2. Как часто у ваших пациентов после операции по поводу узлового (многоузлового) зоба в тиреоидном остатке вновь образуются узлы (рис. 2)?

Результат опроса очевиден: новые узлы образуются после частичной резекции ЩЖ в подавляющем большинстве случаев. Наиболее вероятная и основная причина этого – генетическая предрасположенность к узлообразованию. Дополнительным фактором может быть сохраняющийся дефицит йода, который потенцирует эту генетическую предрасположенность. Большинство операций исходно предпринимается по поводу достаточно небольших коллоидных узлов, которые не вызывают компрессии, в связи с чем показания к таким операциям очень часто весьма спорны. Однако, следуя их логике, если показанием к первой операции был мелкий коллоидный узел, то появление очередного узла тоже “требует” операции. Увы, зачастую так и происходит, хотя пациенты, которым по поводу многоузлового зоба и вновь образующихся узлов были предприняты 3–4 операции, к счастью, встречаются все реже.

3. Что вы назначаете пациентам с послеоперационным гипотиреозом после частичной резекции ЩЖ (ТТГ повышен, но железа удалена не полностью) (рис. 3)?

В этой ситуации мнения респондентов разделились: большая часть предпочла назначение комбинированной терапии L-T₄ и йодом, несколько меньшая часть – монотерапию L-T₄. Очевидно, что, если у пациента развилась той или иной выраженности гипотиреоз, ему абсолютно показана терапия L-T₄. Преимущество комбинированной терапии L-T₄ + йод



Рис. 4. Выберите те утверждения о диффузном эутиреоидном зобе, с которыми вы согласны.

в этой ситуации состоит в том, что дополнительное к L-T₄ назначение физиологической дозы йода может снизить вероятность формирования новых узлов в тиреоидном остатке. Йод в отличие от L-T₄ оказывает на ЩЖ антипролиферативное действие за счет торможения продукции местных тканевых факторов роста и подавления гиперпластических процессов.

4. Выберите те утверждения о диффузном эутиреоидном зобе, с которыми вы согласны (рис. 4)

В ответе на этот вопрос практически 70% эндокринологов оказались настроены наиболее настороженно в отношении, казалось бы, безобидного диффузного эутиреоидного зоба, с чем нельзя не согласиться, поскольку это заболевание является базисом для формирования многоузлового зоба и функциональной автономии ЩЖ. С другой стороны, можно понять и 30% респондентов, которые, как минимум, предпочли не принимать скоропалительных решений. В ряде ситуаций, например в практике детских эндокринологов, само по себе понятие “зоб”, т. е. критерии его диагностики, весьма дискуссионно. Что понимать под “значительным увеличением ЩЖ” – сказать сложно: наверное, это не несколько миллилитров. Может быть, значительное – это 30–50% увеличение объема, но эти цифры весьма



Рис. 5. Какой вариант лечения диффузного эутиреоидного зоба вы чаще всего используете?

умозрительны и никем не приняты. Здесь хотелось бы заметить, что небольшое увеличение объема ЩЖ чаще всего является следствием проведения УЗИ ЩЖ “на всякий случай”, т. е. без особых показаний, тогда как пальпируемый зоб чаще всего окажется зобом куда более существенного размера.

5. Какой вариант лечения диффузного эутиреоидного зоба вы чаще всего используете (рис. 5)?

Как и ожидалось, доминирует монотерапия препаратами йода и комбинация йода и L-T₄ как наиболее эффективные и при этом прогностически наиболее рациональные методы лечения. Половина респондентов наиболее часто использует монотерапию йодом. В лечении зоба, как известно, может быть использован ступенчатый подход, когда комбинированная терапия назначается в случае неэффективности монотерапии йодом. В качестве альтернативы комбинация йода и L-T₄ (предпочтительно в виде фиксированной комбинации в одной таблетке) может быть назначена сразу. Первый вариант скорее более рационален у детей, у которых можно ожидать хорошего эффекта от монотерапии йодом, второй вариант более подходит для взрослых, поскольку по мере увеличения возраста монотерапия йодом часто теряет свою эффективность.

6. Назначаете ли вы препараты йода беременным с гипотиреозом наряду с заместительной терапией L-T₄ (рис. 6)?

Подавляющее большинство эндокринологов назначают препараты йода беременным с гипотиреозом. Иногда обсуждаются определенные опасения в плане того, что повышение потребления йода мо-

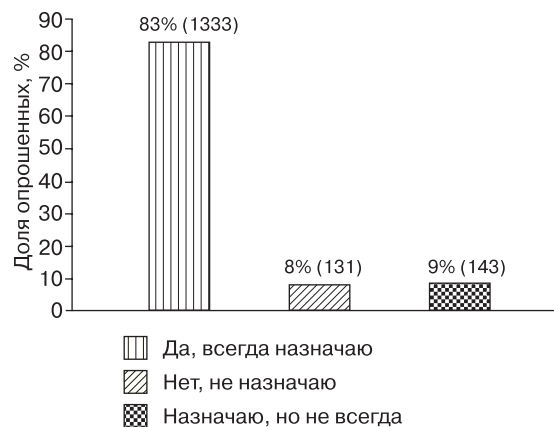


Рис. 6. Назначаете ли вы препараты йода беременным с гипотиреозом наряду с заместительной терапией L-T₄?

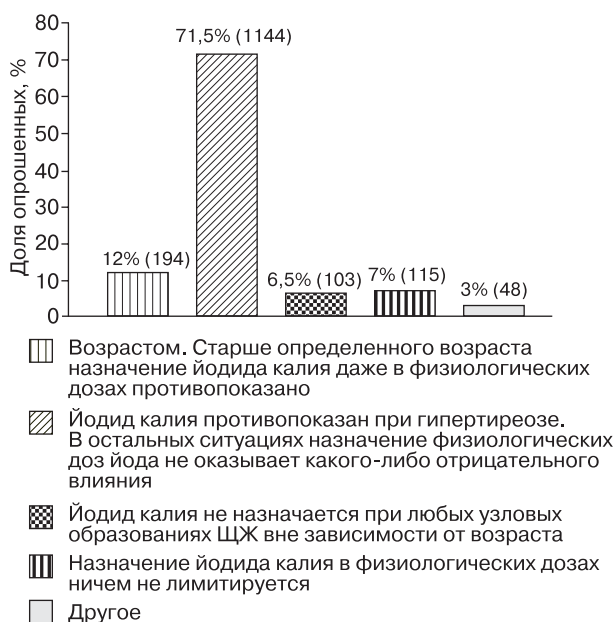


Рис. 7. Ограничение назначения йодида калия в наибольшей степени определяется.

жет усугубить течение аутоиммунного тиреоидита (АИТ), в исходе которого развился гипотиреоз. Но здесь очевидно противоречие: гипотиреоз уже развился и уже потребовал назначения заместительной терапии – какого еще усугубления АИТ опасаться – он и так уже привел к гипотиреозу. Кроме того, речь идет о физиологических дозах йода, которые безопасны. Строго говоря, исследований с участием беременных женщин с гипотиреозом, которые одновременно испытывают йодный дефицит, на предмет особенностей метаболизма йода и тиреоидных гормонов пока не проводилось, но простая логика подсказывает оправ-

данность назначения физиологической дозы йода таким пациенткам во время беременности.

7. Ограничение назначения йодида калия в наибольшей степени определяется (рис. 7)

Вопрос о безопасности препаратов йода продолжает обсуждаться, хотя таблетированный йодид калия в физиологической дозе присутствует на отечественном фармацевтическом рынке достаточно давно. Подавляющее большинство эндокринологов считают такие препараты безопасными и, кроме тиреотоксикоза, не видят особых ограничений для их назначения. Примерно 12% опрошенных считают, что ограничением для назначения препаратов йода является возраст и старше определенного возраста они противопоказаны. Здесь возникает вопрос: старше какого именно и как это определить? Возрастные опасения, видимо, связаны с тем, что у пожилых людей часто встречается многоузловой зоб с той или иной степенью функциональной автономии ЩЖ и назначение препаратов йода может спровоцировать развитие тиреотоксикоза. Но здесь скорее следует рассуждать не о противопоказанности препаратов йода, а о нерациональности их назначения. Об индивидуальной йодной профилактике в пожилом возрасте уже вряд ли идет речь. Тогда с какой целью их назначать? Еще может возникнуть вопрос о том, назначать ли комбинированную терапию L-T₄ + йод пожилому пациенту, которому предпринята частичная резекция ЩЖ по поводу многоузлового зоба. Наверное, действительно опасаться формирования новых узловых образований в тиреоидном остатке у пожилых людей следует меньше, чем у относительно молодых. Но в этом обсуждении остается вопрос, на который невозможно дать ответ: относительно молодой или пожилой – это какой конкретно возраст? Старше 65 лет или старше 70 лет? Так или иначе, большинство эндокринологов признают, что физиологические дозы йода достаточно безопасны и при прочих равных условиях они вряд ли могут серьезно навредить пациенту, особенно если исходить из клинической рациональности их назначения в каждом конкретном случае.

Заключение

Результаты проведенного опроса, в общем и целом, свидетельствуют о единообразии взглядов российских эндокринологов на проблему зоба, послеоперационного гипотиреоза и безопасности препаратов йода, которые в основном соответствуют современным клиническим рекомендациям в этих областях.