

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ЭНДОКРИНОЛОГОВ ПО ПРОБЛЕМАМ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.В. Фадеев, М.А. Берковская, Г.А. Мельниченко

Эндокринологический научный центр Росмедтехнологий

Статья представляет результаты анонимного анкетирования эндокринологов нескольких регионов РФ при помощи опросника, посвященного заболеваниям, протекающим с нарушением функции щитовидной железы.

Thyroid Disorders Questionnaire: Results of the Survey in Endocrinologists

V.V. Fadeyev, M.A. Berkovskaja, G.A. Melnichenko

Federal Endocrinological Research Centre, Moscow

The article presents results of an anonymous survey of endocrinologists from some regions of Russia with the questionnaire dedicated to thyroid function disorders.

Введение

В конце 2007 г. под эгидой Эндокринологического научного центра Росмедтехнологий и Российской Ассоциации Эндокринологов была разработана анкета, посвященная диагностике и лечению нарушений функции щитовидной железы (ЩЖ), которая случайным образом (без какого-либо специального отбора) была разослана специалистам, занимающимся патологией ЩЖ (эндокринологи, детские эндокринологи, эндокринные хирурги) в различные российские регионы. Целью анкетирования являлся не контроль уровня знаний, а оценка представлений отечественных эндокринологов в области патологии ЩЖ. Анкета заполнялась анонимно. Авторы исследования от лица Российской Ассоциации эндокринологов благодарят компанию “Берлин-хеми” за техническую помощь в организации опроса.

В окончательный анализ результатов опроса вошли **297 заполненных анкет**. Среди участвующих в опросе 278 были эндокринологами (93,6%), 10 — детскими эндокринологами (3,4%), 5 (1,7%) — эндокринными хирургами, 4 — представителями других специальностей (специалист УЗИ, радиолог, врач-лаборант). Среди участников было 22 кандидата (7,4%) и 3 (1%) доктора медицинских наук. Далее мы представляем результаты проведенного опроса по всем пунктам анкеты и приводим полный текст самих заданных вопросов.

Результаты опроса

Гипотиреоз

Этот раздел анкеты был представлен 10 достаточно типичными и при этом наиболее актуальными вопросами.

1. Какова Ваша тактика при субклиническом гипотиреозе?

1. Почти всегда назначаю заместительную терапию препаратами левотироксина.
2. Назначаю препараты йода.
3. Назначаю препараты левотироксина примерно половине пациентам.
4. Назначаю препараты левотироксина лишь в единичных случаях.
5. Другое _____.

Половина респондентов указала на то, что они назначают заместительную терапию при субклиническом гипотиреозе всем пациентам (рис. 1). В единичных случаях это делают только 14,5%. Не вполне понятна позиция 12,8% опрошенных, предпочитающих при субклиническом гипотиреозе назначение препаратов йода, при том, что йоддефицитный гипотиреоз с повышением уровня ТТГ на территории РФ фактически не встречается.

2. Какие показатели Вы контролируете у пациентов с гипотиреозом, развившемся в исходе аутоиммунного

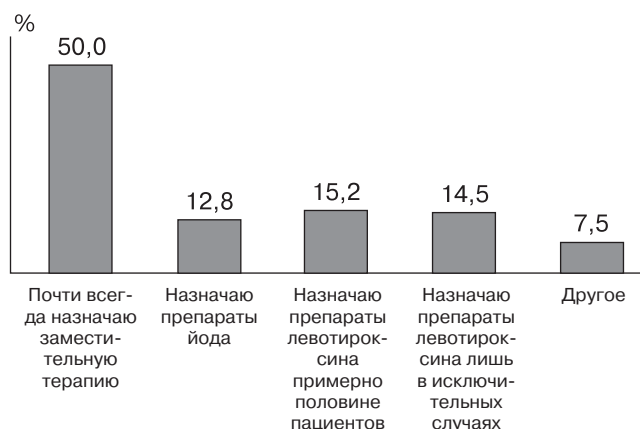


Рис. 1.

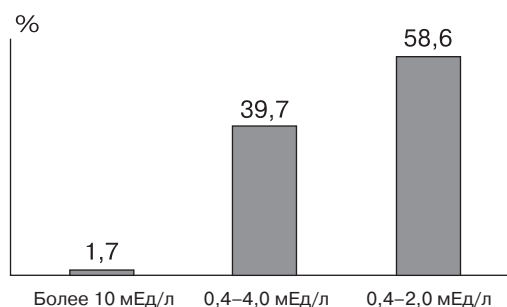


Рис. 2.

тиреозита, на фоне заместительной терапии левотироксином (может быть несколько ответов)?

1. ТТГ.
2. Т4.
3. Т3.
4. АТ-ТПО.
5. АТ-ТГ.

На этот вопрос большинство респондентов дало несколько ответов. Только 85 (28,6%) опрошенных предложили экономически наиболее рациональный подход — контроль одного только ТТГ. Остальные рекомендовали контролировать какой-то дополнительный показатель. При этом 25 респондентов, в числе прочего предложили определять уровень Т3 (8,4%), 84 — уровень АТ-ТПО (28,3%), 18 (6,1%) — уровень АТ-ТГ.

3. Как Вы начинаете заместительную терапию гипотиреоза у молодых пациентов без сердечно-сосудистой патологии?

1. Сразу назначаю полную заместительную дозу.
2. Постепенно увеличиваю дозу до полной заместительной.

В этом вопросе мнение респондентов почти разделилось: 127 (42,8%) дали первый ответ, а 162 (57,2%) — второй. В принципе экономически

более оправдан первый подход. Хотя, с другой стороны, говорить о том, что второй подход не верен — неправильно, поскольку у небольшой части молодых пациентов на фоне начала заместительной терапии можно ожидать некоей транзиторной симптоматики.

4. Какой верхний референсный уровень (верхняя «граница нормы») ТТГ Вы используете в клинической практике для решения задачи о назначении заместительной терапии левотироксином, то есть при каком уровне ТТГ обычно назначаете заместительную терапию?

1. Более 10,0 мЕд/л.
2. Более 4,0 мЕд/л.
3. Более 2,0 мЕд/л.
4. Вообще не ориентируюсь на уровень ТТГ.

Последний вариант ответа не дал ни один респондент. Третий ответ дали 10 (4,7%) опрошенных, при этом все они были эндокринологами (не детскими). Большая часть респондентов (56,6%) при решении задачи о назначении заместительной терапии ориентируется на уровень ТТГ в 4 мЕд/л, несколько меньшая часть (38,7%) — на 10 мЕд/л.

5. При каком уровне ТТГ у пациента Вы считаете гипотиреоз компенсированным, то есть, в каком диапазоне наиболее оптимально поддерживать уровень ТТГ на фоне заместительной терапии гипотиреоза?

1. 0,4–10,0 мЕд/л.
2. 0,4–4,0 мЕд/л.
3. 0,4–2,0 мЕд/л.

На этот вопрос большая часть респондентов дала последний ответ, то есть предпочла на фоне заместительной терапии поддерживать низконормальный ТТГ (0,4–2,0 мЕд/л). Всего 5 опрошенных ориентируются на ТТГ 0,4–10 мЕд/л (рис. 2).

6. Как часто Вы контролируете уровень ТТГ на фоне заместительной терапии левотироксином у компенсированного пациента?

1. Ежегодно.
2. Ежеквартально.
3. один раз в полгода.
4. один раз в 1,5–2 года.
5. Другое _____.

Из ответов на этот вопрос выяснилось, что большая часть опрошенных (55,6%) предпочитают определять уровень ТТГ для контроля адекватности заместительной терапии гипотиреоза 1 раз в полгода (рис. 3).

7. Контролируете ли Вы у пациента с компенсированным гипотиреозом, получающего заместительную терапию уровень Т4 в крови?

1. Да.
2. Нет.
5. Другое _____.

Если не принимать во внимание 25 (8,4%) респондентов, выбравших “Другое”, мнения остальных разделились поровну: 134 (45,1%) уровень Т4 крови контролируют, 135 (45,5%) — не контролируют. В данном случае, то есть у компенсированного пациента, получающего L-T4, определение уровня Т4 в крови в подавляющем большинстве случаев можно признать нерациональным как с клинической, так и с экономической точки зрения.

8. Ваше отношение к препаратам трийодтиронина (в виде отдельных препаратов или комбинации в одной таблетке).

1. Практически никогда не назначаю трийодтиронин.
2. Назначаю крайне редко.
3. Назначаю достаточно часто.
4. Назначаю всем пациентам с гипотиреозом.

Всем пациентам с гипотиреозом препараты, содержащие Т3, не назначает никто из опрошенных. Практически никогда их не назначает 18,2% (54), достаточно часто — 11,8% (34). Большая часть респондентов (70%) назначает комбинированные Т3-содержащие препараты крайне редко.

9. Гипотиреоз (ТТГ — 19 мЕд/л, св. Т4 — 8,2 пмоль/л) впервые выявлен у женщины в возрасте 31 год на 14 нед беременности. Ваши рекомендации...

1. Прерывание беременности и начало заместительной терапии.
2. Сохранение беременности и начало заместительной терапии с полной заместительной дозы левотироксина (100–150 мкг/сут).
3. Сохранение беременности и начало заместительной терапии с небольших доз левотироксина (25–50 мкг/сут) с последующим повышением дозы.
4. Сохранение беременности и назначение препаратов йода.

На этот достаточно однозначный, на наш взгляд, вопрос 35,7% опрошенных дали неверный ответ. Прервать беременность предложили 12,5% опрошенных, 21,5% предложили начать заместительную терапию с малых доз L-T4. 5 опрошенных (1,7%) при манифестном гипотиреозе у беременной предпочли назначить препараты йода. Второй по счету ответ дали 64,3% респондентов.

10. Укажите факторы (события), в связи с которыми Вы обычно меняете дозу левотироксина у пациентов с гипотиреозом. (Отметьте любое необходимое количество пунктов.)

1. Смена времен года (зима — лето).
2. Изменение уровня ТТГ.
3. Изменение уровня антител к ТПО.
4. Развитие у пациента артериальной гипертензии.
5. Наступление беременности.
6. Обострение язвенной болезни желудка.

На этот вопрос респонденты дали по несколько ответов. По представлениям разработчиков анкеты доказательные положения отражены во 2-м и 5-м пунктах (рис. 4). Тем не менее смена времени года явилась основанием для изменения дозы L-T4 для 43% опрошенных. С другой стороны, 26,3% опрошенных не сочли нужным изменить дозу L-T4 при наступлении беременности. Более чем для 20% респондентов сама по себе артериальная гипертензия явилась основанием для изменения дозы L-T4. Один из 297 эндокринологов не счел нужным менять дозу L-T4 при изменении уровня ТТГ.

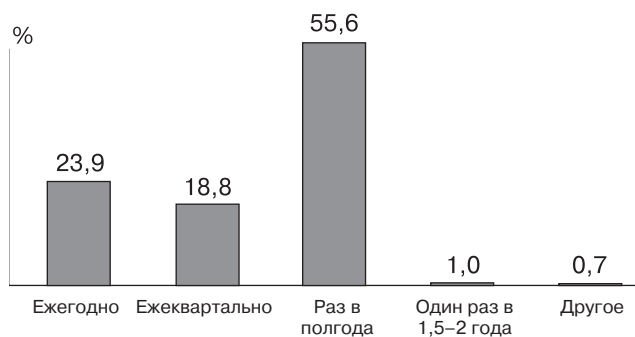


Рис. 3.

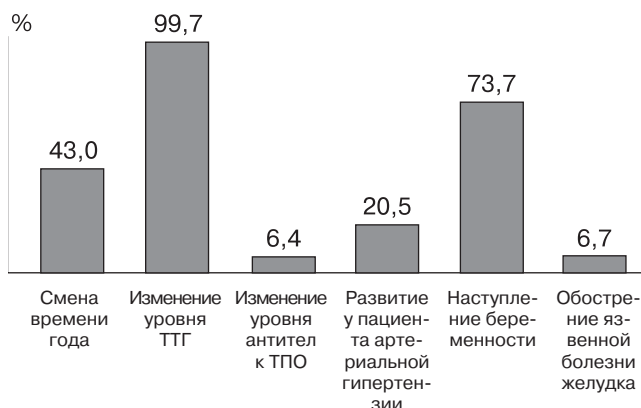


Рис. 4.

Тиреотоксикоз

Следующие десять вопросов касались проблемы тиреотоксикоза. Значительная их часть исходила из типичного клинического случая болезни Грейвса.

1. Ваша тактика в следующей клинической ситуации:

Женщина, 38 лет, впервые выявленная болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб); легкая эндокринная офтальмопатия, объем щитовидной железы — 28 мл, не курит, не планирует в ближайшие 2 года беременность; уровень св. Т4 — 50 пмоль/л, св. Т3 — 12 пмоль/л.

1. Тиреостатическая терапия в течение 1–1,5 года.
2. Тиреостатическая терапия в течение 1,5–2 лет.
3. Тиреостатическая терапия в течение 2–5 лет.
4. Хирургическое лечение.
5. Терапия ^{131}I .

Распределение ответов на этот вопрос представлено на рис. 5. Подавляющее большинство респондентов (93,4%) предпочли курс тиреостатической терапии продолжительностью 1–2 года.

2. Какие исходные дозы тиамазола Вы назначите?

1. 20–40 мг/сут.
2. 10–20 мг/сут.
3. 40–60 мг/сут.

Назначение относительно небольших доз тиамазола (10–20 мг) предпочел 21,2% опрошенных; большая часть (46,1%) в такой ситуации назначила бы 20–40 мг тиамазола, дозу 40–60 мг предпочли 32,7%.

3. После нормализации каких показателей (можно указать несколько) Вы начнете снижать дозу тиреостатика?

1. Св. Т4.
2. Св. Т3.
3. ТТГ.
4. Частота сердечных сокращений.

Результаты ответов на этот вопрос представлены на рис. 6. Больше всего респондентов закономерно выбрали уровень св. Т4. Тем не менее такой показатель, как ЧСС, исходя из числа отметивших его, оказался более значим, чем уровень Т3, который заинтересовал только 34,7% опрошенных. Нормализации уровня ТТГ, которая, как известно, может продолжаться до полугода, предложили дожидаться 28,6% респондентов.

4. Если Вы предпочли консервативную терапию, по какой схеме Вы, как правило, ведете пациентов в таких случаях?

1. Схема “блокируй” (титрационный режим).
2. Схема “блокируй и замещай” (комбинация тиреостатика с препаратами тиреоидных гормонов).



Рис. 5.

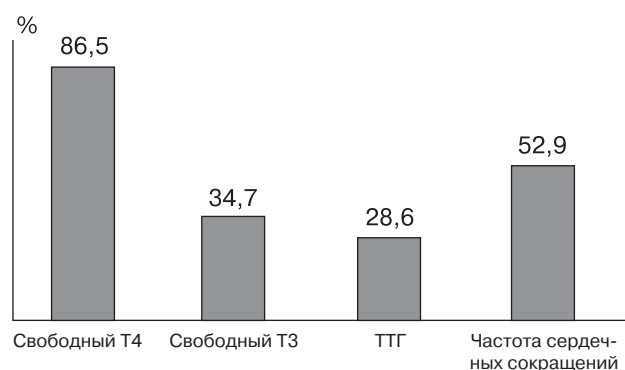


Рис. 6.

Схема “блокируй и замещай” оказалась более популярной — ее выбрали 58,6% опрошенных.

5. Какова по Вашим представлениям (по Вашей практике) ориентировочная вероятность ремиссии болезни Грейвса после курса тиреостатической терапии?

1. 80%.
2. 70%.
3. 50%.
4. 30%.
5. 20%.
6. 10%.

Представление эндокринологов о вероятности ремиссии болезни Грейвса с двукратно повышенным уровнем св. Т4 на момент манифестации заболевания были слишком оптимистичными. Оказалось, что 67,3% респондентов оценили ее в 50–80% (рис. 7).

6. Какие из перечисленных ниже ситуаций Вы рассматриваете как показания для оперативного лечения болезни Грейвса (или терапии радиоактивным йодом)? Отметьте любое нужное количество пунктов.

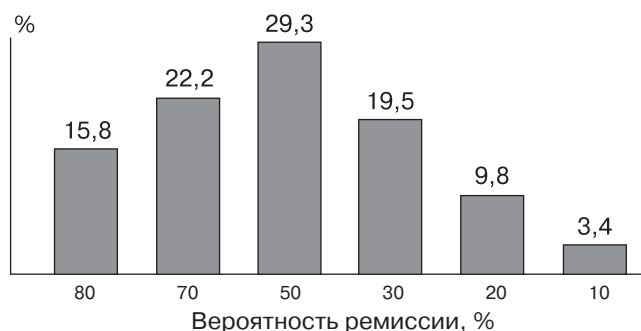


Рис. 7.

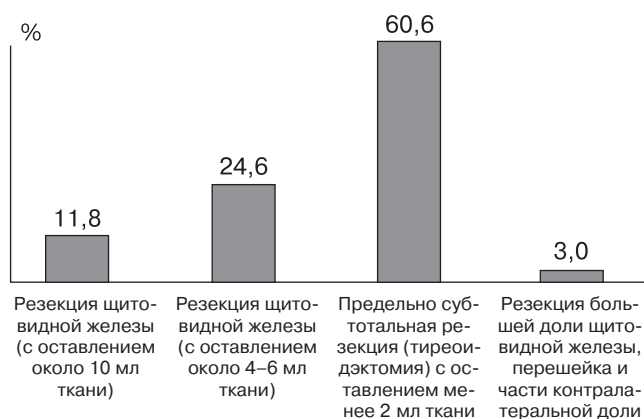


Рис. 8.

1. Рецидив тиреотоксикоза после отмены тиреостатиков, терапия которыми продолжалась 1–1,5 года.
2. Объем ЩЖ более 30 мл.
3. Объем ЩЖ более 40 мл.
4. Объем ЩЖ более 60 мл
5. Постоянная форма фибрилляции предсердий.
6. Сопутствующий сахарный диабет 1-го типа.
7. Планирование беременности в ближайшие полгода-год.
8. Прогрессирование эндокринной офтальмопатии.
9. Наличие узлового образования ЩЖ (диаметр 1,5 см; по данным пункционной биопсии — коллоидный пролиферирующий зоб).
10. Сопутствующая шизофрения в фазе длительной ремиссии.

Вопрос показаний к радикальному лечению всегда был достаточно дискуссионным. Ответы на него представлены в табл. 1.

Если проанализировать полученные ответы, в результате получаем, что 23% опрошенных не сочли развитие рецидива тиреотоксикоза после 1,5-годичной терапии тиреостатиками показанием для проведения радикального лечения. Что касается объема ЩЖ, то 70% опрошенных сочли достаточным осно-

Таблица 1. Распределение ответов на вопрос 6 из анкеты по тиреотоксикозу

Фактор	Респонденты, %
1. Рецидив тиреотоксикоза после отмены тиреостатиков, терапия которыми продолжалась 1–1,5 года	77
2. Объем ЩЖ более 30 мл	5,4
3. Объем ЩЖ более 40 мл	22,9
4. Объем ЩЖ более 60 мл	70
5. Постоянная форма фибрилляции предсердий	61,6
6. Сопутствующий сахарный диабет 1-го типа	44,8
7. Планирование беременности в ближайшие полгода-год	46,5
8. Прогрессирование эндокринной офтальмопатии	37,4
9. Наличие узлового образования ЩЖ (диаметр 1,5 см; по данным пункционной биопсии — коллоидный пролиферирующий зоб)	44,1
10. Сопутствующая шизофрения в фазе длительной ремиссии	13,8

ванием для радикального лечения зоб объемом более 60 мл, но размер зоба более 40 мл таковым не восприняли. Аналогичным образом около 40% респондентов не сочли показанием для радикального лечения фибрилляцию предсердий. Планирование пациенткой беременности не заставило радикализировать тактику более чем половины респондентов.

7. Какой объем оперативного лечения при болезни Грейвса Вы считаете оптимальным?

1. Резекция ЩЖ (с оставлением около 10 мл ткани).
2. Резекция ЩЖ (с оставлением 4–6 мл ткани).
3. Предельно субтотальная резекция (тиреоидэктомия) с оставлением менее 2 мл ткани.
4. Резекция большей доли ЩЖ, перешейка и части контралатеральной доли.

Ответы на этот вопрос иллюстрирует рис. 8. Среди респондентов 60% предпочтительным объемом оперативного лечения сочли тиреоидэктомию, остальные 40% выбрали другие объемы операции.

8. В каких ситуациях Вы не отправите пациента с болезнью Грейвса на терапию радиоактивным йодом (абсолютные или относительные противопоказания)? Укажите любое необходимое количество пунктов.

1. Планирование беременности через 1–1,5 года
2. Возраст моложе 20 лет.
3. Возраст старше 60 лет.

Таблица 2. Результаты ответа на вопрос 8 из анкеты по тиреотоксикозу

Фактор	Респонденты, %
1. Планирование беременности через 1–1,5 года	57,2
2. Возраст моложе 20 лет	63
3. Возраст старше 60 лет	21,5
4. В анамнезе лимфогранулематоз (сейчас ремиссия)	41,4
5. Лейкопеническая реакция на тиреостатические препараты	26
6. Сочетание болезни Грейвса с узловым коллоидным зобом	18,5
7. Объем щитовидной железы 60 мл	35,7
8. Постоянная форма фибрилляции предсердий	18,5



Рис. 9.

4. В анамнезе лимфогранулематоз (сейчас ремиссия).

5. Лейкопеническая реакция на тиреостатические препараты.

6. Сочетание болезни Грейвса с узловым коллоидным зобом.

7. Объем щитовидной железы 60 мл.

8. Постоянная форма фибрилляции предсердий.

По мнению авторов статьи, среди перечисленных ситуаций абсолютных противопоказаний к терапии ^{131}I нет. К ним относятся беременность (наличествующая) и грудное вскармливание. Результаты ответов на этот вопрос приведены в табл. 2.

Больше всего “отказов” от ^{131}I приходится на возраст моложе 20 лет, а также планирование беременности через 1–1,5 год. Не вполне понятно, как это сочетается с тем, что 20% сочли неправильным направлять на терапию ^{131}I пациентов старше 60 лет. Следует отметить, что в первом пункте речь идет о планируемой беременности через 1,5 года, когда можно достаточно надежно оценивать результаты терапии ^{131}I . Больше 40% по какой-то причине “испугал” лимфогранулематоз в анамнезе, а почти 30% сочли невозможным назначение ^{131}I пациентам с лейкопенией на тиреостатические препараты. В отношении последней ситуации остается непонятным, какое лечение показано пациенту в том случае, когда назначение тиреостатиков невозможно, что делает весьма проблематичной подготовку пациента к операции.

9. Какой исход терапии радиоактивным йодом Вы считаете наиболее оптимальным? Укажите один пункт.

1. Полное разрушение ЩЖ с последующей заместительной терапией гипотиреоза.

2. Частичное разрушение ЩЖ с возможным сохранением эутиреоидного состояния.

В ответе на этот вопрос мнения респондентов разделились почти поровну. Полное разрушение ЩЖ предпочли 50,9%, неполное — 49,1% опрошенных. Этот результат не вполне согласуется с ответами на вопрос об объеме хирургического лечения, в котором 60% проголосовали за тиреоидэктомию. Таким образом, как минимум часть респондентов в отношении хирургического лечения предпочитает тиреоидэктомию, но ожидает возможного сохранения эутиреоидного состояния после терапии ^{131}I , хотя и тот и другой метод по сути подразумевает одно и то же.

10. У женщины в возрасте 28 лет на 10-й нед беременности впервые выявлена болезнь Грейвса. Объем ЩЖ — 22 мл, св. Т4 — 58 пмоль/л, св. Т3 — 12,5 пмоль/л, легкая эндокринная офтальмопатия. Ваша тактика...

1. Прерывание беременности и последующая терапия токсического зоба.

2. Сохранение беременности, тиреостатическая терапия малыми дозами тиреостатиков.

3. Сохранение беременности, тиреостатическая терапия с последующим хирургическим лечением во втором триместре беременности.

4. Сохранение беременности, симптоматическая терапия бета-адреноблокаторами.

Наконец, последний вопрос посвящен лечению болезни Грейвса у беременной женщины (рис. 9). Такую беременность предложили прервать более 20% респондентов. Прооперировать беременную женщину с весьма умеренным тиреотоксикозом, создав таким образом угрозу прерывания беременности, предложили более 11% опрошенных, вообще не на-

значать тиреостатики предпочли 4%. В результате неадекватная по современным представлениям тактика в отношении лечения тиреотоксикоза во время беременности выбрана почти 40% респондентов.

Заключение

Авторам этой статьи не хотелось бы делать каких-либо выводов — работа лишь констатирует,

какую тактику в отношении заболеваний, протекающих с нарушением функции ЩЖ, наиболее вероятно встретит пациент, обратившийся к эндокринологу в нашей стране. Хотелось бы подчеркнуть, что в опрос были совершенно случайным образом включены эндокринологи из нескольких регионов Российской Федерации.