



Характеристика йодного дефицита в Республике Тыва.

дефицит отмечается на западе Республики Тыва в Тувинской котловине в долинах рек Улуг-Хем, Хемчик и Енисей. Здесь также наблюдается высокая частота транзиторного и врожденного гипотиреоза. Умеренный йодный дефицит выявлен в центральных и восточных районах Тывы (см. рисунок), легкий йодный дефицит — лишь в 4 районах на юге республики.

Выводы

1. Проведенный анализ частотного распределения неонатального ТТГ по данным скрининга врожденного гипотиреоза в Республике Тыва позволил оценить выраженность йоддефицитных заболеваний в различных районах и выявить области тяже-

лого йодного дефицита, расположенные на западе республики.

2. В целом по Тыве частота уровней ТТГ в крови более 5 мЕД/л составляет 43,2%, что, согласно международной классификации, соответствует тяжелой степени йодной недостаточности.

3. Частота транзиторного гипотиреоза (ТТГ выше 25 мЕД/л) в Республике Тыва составляет 5,36%, это в 3 раза больше, чем в Западной Сибири, и в 30 раз больше, чем в Европе.

4. Требуется принятие экстренных мер для ликвидации тяжелого йодного дефицита и его последствий в Тыве.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимов Г. А., Гутекуист Р. // Пробл. эндокринологии. — 1992. — № 6. — С. 26–27.
2. Касаткина Э. П. // Там же. — 1997. — № 3. — С. 3–8.
3. Касаткина Э. П., Шилин Д. Е., Ибрагимова Г. В. и др. // Там же. — № 4. — С. 3–7.
4. Скрининг программа ранней диагностики и лечения врожденного гипотиреоза у детей: Метод. рекомендации / Под ред. И. И. Дедова. — М., 1996.
5. Суплотова Л. А. Эпидемиология йоддефицитных заболеваний в различных климатогеографических районах Западной Сибири: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1997.
6. Суплотова Л. А., Губина В. В., Карнаух Ю. Б. и др. // Пробл. эндокринологии. — 1998. — № 1. — С. 19–21.
7. Dunn J., Van der Haar F. // A Practical Guide to the Correction of Iodine Deficiency. WHO/UNICEF Techn. Manual. — 1990. — N 3. — P. 20–25.
8. Gerasimov G. // IDD Newsletter. — 1998. — vol. 14, N 1. — P. 1–5.
9. Maberly G. F. // Asia—Oceania Congress of Endocrinology. 9th. — Jakarta, 1990.

Поступила 03.02.99

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2000

УДК 617.7-092:616.441-08[07(470)]

Т. Л. Павлова, Г. А. Герасимов, Г. А. Котова, И. И. Дедов

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ В РОССИИ В 1998 г. (анализ данных опроса эндокринологов)

Эндокринологический научный центр (дир. — акад. РАМН И. И. Дедов) РАМН, Москва

В статье представлены результаты анализа подходов к диагностике и лечению эндокринной офтальмопатии ведущими эндокринологами России. Опрос проводился с использованием вопросника, предложенного исследовательской группой Европейской тиреологической ассоциации для аналогичного исследования, проведенного в Европе в 1998 г. Дан сравнительный анализ данных Европейского и Российского исследований.

Approaches to diagnosis and treatment of endocrinophthalmopathy practiced by the leading endocrinologists in Russia are analyzed. The interviews were carried out using questionnaire suggested by Research Group of European Thyroidology Association for a similar study in Europe in 1998. The data of the European and Russian studies are compared.

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) — аутоиммунное заболевание, проявляющееся патологическими изменениями в мягких тканях орбиты со вторичным вовлечением глаза, характеризующееся в разной степени выраженным экзофтальмом и ограничением подвижности глазных яблок, возможны изменения роговицы, диска зрительного нерва, нередко возникает внутриглазная гипертензия. ЭОП диагностируют при диффузном токсическом зобе (ДТЗ), аутоиммунном тиреоидите, а также у людей без признаков заболеваний щитовидной железы (эутиреоидная болезнь Грейвса).

Диагностика и лечение ЭОП представляют собой сложную проблему клинической эндокринологии

и офтальмологии. Это связано с тем, что, несмотря на широкий арсенал методов лечения, терапия часто не дает положительного результата. В последнее время появились возможности более ранней диагностики и адекватного лечения ЭОП, которые должны проводиться эндокринологом в тесном сотрудничестве с офтальмологом.

В 1997 г. Европейская тиреологическая ассоциация (ЕТА) провела опрос своих членов по выбору методов диагностики и лечения ЭОП. Подобные опросы проводились ранее по диагностике и лечению ДТЗ в 1987 г. в Европе (Glinioer и соавт., 1987), Японии (Nagayama и соавт., 1989), США (Solomon и соавт., 1990), бывшем СССР (Г. А. Ге-

расимов и соавт., 1992) [2]. К сожалению, в опросе 1997 г. по объективным причинам не могли принять участие российские эндокринологи. В связи с этим целью нашей работы был анализ подходов к диагностике и лечению ЭОП ведущими эндокринологами России. Для этого мы воспользовались вопросником, предложенным исследовательской группой ЕТА для упомянутого Европейского исследования.

Материалы и методы

Вопросник ЕТА в переводе на русский язык был разослан ведущим эндокринологом России — членом Российской эндокринологической ассоциации. Респондентам, не ответившим на первое письмо, вопросник был разослан повторно. Все ответы обрабатывали анонимно.

Вопросник состоял из двух частей. В общей части респондентам предлагали ответить на вопросы о количестве наблюдаемых больных с ЭОП за последние 6 мес, подходах к лечению этих больных, изменении частоты ЭОП за последнее время.

Далее респондентам предлагалась следующая ситуационная задача.

У больной М., 48 лет, белой расы, курящей, выявлены ДТЗ средней тяжести (объем щитовидной железы 50 мл) и тяжелая ЭОП (слезотечение, ощущение песка в глазах, периорбитальный отек, двусторонний экзофтальм 26 мм, двоение при взгляде вверх и в сторону). Патологические изменения со стороны глаз появились 2 мес назад, в настоящее время их проявления, по мнению больной, усилились.

Респондентам было предложено ответить на ряд вопросов по диагностике и лечению ЭОП у данной пациентки, при этом учитывались реальные возможности того медицинского учреждения, где они работают. Подчеркивалось, что опрос не ставит целью проверку эрудиции респондентов.

Вслед за базовой ситуационной задачей следовал фрагмент вопросника, где респондентам предлагали 9 модификаций ситуационной задачи: 1. Возраст больной 18 лет. 2. Возраст больной 65 лет. 3. Рецидив ДТЗ после лечения тиреостатиками. 4. Глазные симптомы не прогрессируют в течение 6 мес. 5. У больной имеются симптомы сдавления зрительного нерва. 6. Глазные симптомы только с одной стороны. 7. Больная в эутиреоидном состоянии. 8. Двусторонний экзофтальм 21 мм. 9. У больной имеется также сахарный диабет.

Респондентам предлагалось определить, изменится ли тактика обследования и лечения больной и каким образом.

Данные опросников были обработаны с использованием программы Microsoft Excel для Windows 95, версия 7.0.

Результаты и их обсуждение

Всего в различные регионы было разослано 65 анкет. Анкеты в основном направляли в адрес главных эндокринологов краев, областей, республик, на кафедры эндокринологии вузов России. Были получены и проанализированы 23 анкеты, заполненные индивидуально или коллегиально группой врачей. Количество респондентов по городам представлено в табл. 1.

В опросе ЕТА приняли участие 84 специалиста, было возвращено 66% разосланных анкет. Хотя активность российских эндокринологов существенно ниже (возвращено 35% анкет), однако количество

Количество респондентов по городам

Таблица 1

Город	Число респондентов
Астрахань	2
Владивосток	5
Йошкар-Ола	2
Казань	1
Москва	4
Петрозаводск	1
Хабаровск	7
Челябинск	1
Всего...	23

участников и их география (от Петрозаводска до Хабаровска) позволяют дать представление о тенденциях в диагностике и лечении ЭОП в России.

В среднем количество больных, наблюдаемых респондентами за последние 6 мес, составило: с ДТЗ — 34 (от 3 до 80), всего 641 больной; с ЭОП — 17 (от 2 до 70), всего 313 больных.

Результаты опроса показали, что в большинстве случаев больным ЭОП в России проводили стационарное обследование и лечение, в то время как в странах Европы и диагностики, и лечение осуществляли амбулаторно. Показаниями к госпитализации служили лишь тяжелые клинические случаи, например компрессия зрительного нерва. Эти различия можно объяснить низким уровнем поликлинической помощи больным с эндокринными заболеваниями в нашей стране.

Все участники опроса из России и Европы предложили использовать инструментальные методы (визуализацию орбит) для надежной диагностики ЭОП. Европейские эндокринологи чаще рекомендовали компьютерную томографию (КТ), российские — УЗИ орбит, что может быть связано с недостаточно хорошей оснащенностью российских клиник.

Неожиданным результатом опроса явилось то, что 65% российских респондентов предложили использовать для диагностики ЭОП определение антител к тканям орбиты. По-видимому, участники опроса при ответах не учитывали реальные возможности лечебных учреждений, где они работают.

Две трети европейских респондентов использовали принятую в 1992 г. Международную классификацию NOSPECS, в то время как в России только 4% респондентов использовали ее в своей работе, большинство пользовались классификацией ЭОП, предложенной В. Г. Барановым. Не отрицая простоты и доступности данной классификации, следует, однако, пропагандировать более широкое применение международной классификации, имеющей более универсальный характер.

Лечение ЭОП. Все отечественные респонденты считали, что больной, описанной в ситуационной задаче, на момент осмотра показано лечение глюкокортикоидами (ГК). Были предложены различные схемы и методы введения ГК: дексазон и кеналог ретробульбарно курсом по 7—10 инъекций, преднизолон по 50—80 мг в сутки перорально с постепенным снижением дозы, преднизолон по 300 мг внутривенно капельно 3 дня с повторным курсом через 5—6 дней (так называемая пульс-терапия). 52% эндокринологов рекомендовали отказ от курения и ношение темных очков, 35% — терапию диуретиками, 17% — плазмаферез и 13% — облучение

орбит. 4% респондентов предложили использовать магнитотерапию, 4% — лечение соматостатином.

Ни один опрошенный не предложил оперативное лечение ДТЗ при манифестации ЭОП.

Большинство врачей считали необходимым изменение лечения при прогрессировании ЭОП через 2 мес лечения. В данной ситуации уже 57% рекомендовали плазмаферез, 30% — облучение орбит в дозе от 8 до 10 Гр, 39% — назначение ГК в более высоких дозах (до 100 мг в сутки), 39% — другое иммуносупрессивное лечение, 22% — хирургическое лечение (субтотальную резекцию щитовидной железы), 4% — декомпрессию орбит.

Таким образом, и в странах Европы, и в России для лечения ЭОП предпочтение отдавали ГК. При этом схемы введения (пути и дозы) существенно различались. Западные эндокринологи в отличие от отечественных не рекомендовали ретробульбарное введение ГК, предпочитая пероральное назначение этих препаратов, а при неэффективности лечения — "пульс-терапию" ГК.

ГК в лечении ЭОП использовали все респонденты в среднем у 59% больных, рентгенотерапию орбит — у 5% (наиболее часто эндокринологи Москвы), иммуносупрессивную терапию — у 7% больных, хирургическое лечение ЭОП не использовали ни в одном случае. 70% опрошенных отмечают уменьшение частоты ЭОП среди наблюдаемых ими больных, 13% — увеличение, 17% считают, что частота ЭОП не изменилась.

По данным анкетирования, частота встречаемости ЭОП у пациентов с ДТЗ, наблюдаемых за последние 6 мес, составила 49%, что совпадает с результатами европейского опроса (51%). Вместе с тем эти данные могут не отражать объективной картины распространенности ЭОП, поскольку участники и европейского, и российского опросов работают в высокоспециализированных учреждениях, где "концентрируются" более сложные клинические случаи, в частности больные ЭОП. Большинство респондентов в Европе и России отмечают уменьшение частоты ЭОП за последние 10 лет. Это может быть связано с усовершенствованием обследования, более ранней диагностикой заболеваний щитовидной железы и лечением их на ранних стадиях и отсюда — с профилактикой ЭОП.

Диагностика ЭОП. Пациентку, описанную в ситуационной задаче, предложили обследовать в поликлинике 9% респондентов, остальные предпочли бы обследовать ее в стационаре.

Для оценки степени тяжести ЭОП большинство (87%) эндокринологов использовали классификацию В. Г. Баранова, 9% — классификацию А. Ф. Бровкиной и только 4% (1 респондент из Москвы) — Международную классификацию NOSPECS.

Почти все опрошенные рекомендовали провести экзофтальмометрию, определение полей зрения, осмотр глазного дна, определение внутриглазного давления. Ни один респондент не предложил использовать в диагностике окраску роговицы бенгальским розовым и КТ орбит с меченным октреотидом, широко применяемые в Европе. Представители научных учреждений рекомендовали исследовать антитела к рецептору ТТГ. Результаты ответов по обследованию представлены в табл. 2.

Рентгенотерапию при ЭОП использовали нечасто — у 11% пациентов в Европе и у 5% — в России.

В европейском и российском опросах план обследования и лечения менялся при вовлечении в

Таблица 2

Частота использования различных методов диагностики ЭОП

Метод обследования	Количество респондентов, %	
	Россия	Европа
Осмотр глазного дна	100	77
Экзофтальмометрия	96	88
Определение полей зрения	96	78
Измерение внутриглазного давления	87	Нет данных
Определение антител к мышцам орбиты	65	7
УЗИ орбит	61	28
Определение остроты зрения	61	90
Определение антиореоидных антител	61	Нет данных
КТ орбит	35	65
Магнитно-резонансная томография орбит	26	34
Оценка цветного зрения	22	43
Определение антител к рецептору ТТГ	17	71
Окрашивание роговицы бенгальским розовым	0	66

процесс зрительного нерва. 74% российских респондентов применяли высокие дозы ГК или "пульс-терапию" и лишь 17% — оперативное лечение орбит, в то время как 73% европейских эндокринологов применяли декомпрессию орбит.

Российские эндокринологи в отличие от европейских не предложили изменить лечение при сопутствующем сахарном диабете. По данным европейского опроса, при сопутствующем сахарном диабете ГК назначали с осторожностью, а рентгенотерапию считали противопоказанной в связи с возможным риском лучевой ретинопатии.

Лечение ДТЗ на фоне ЭОП. Представляют интерес сведения опроса об особенностях лечения ДТЗ на фоне ЭОП.

Из табл. 3 следует, что при манифестации ДТЗ большинство участников опроса (78%) рекомендовали использовать консервативную терапию, при рецидиве ДТЗ 74% предложили оперативное лечение. При этом большинство респондентов считали, что тактика лечения зависит от степени тяжести ДТЗ.

При лечении ДТЗ европейские и российские респонденты предпочитали консервативные методы. Отечественные эндокринологи в отличие от европейских крайне редко использовали лечение радиоактивным йодом (0 и 6% соответственно при ма-

Таблица 3

Особенности выбора терапии при ДТЗ на фоне ЭОП

Вид лечения	Количество респондентов, %*	
	при манифестации	при рецидиве
Тиреостатическая терапия	48	10
Тиреостатики в сочетании с L-тироксином	78	11
Субтотальная тиреоидэктомия	30	74
Субтотальная тиреоидэктомия + ГК	13	13
Тотальная тиреоидэктомия	4	0
Тотальная тиреоидэктомия + ГК	0	0
Лечение радиоактивным йодом	4	0
Лечение радиоактивным йодом + ГК	0	0

* В сумме частота ответов превышает 100%, так как респонденты могли выбрать более одного ответа.

нифестации ДТЗ; 4 и 25% при рецидиве ДТЗ). Это может быть связано с тем, что данный метод лечения ДТЗ в России практически не используется [1].

При рецидиве ДТЗ и европейские, и отечественные эндокринологи склонялись к оперативному лечению (42 и 74% соответственно). Российские респонденты предпочитали субтотальную резекцию щитовидной железы, европейские — тотальную тиреоидэктомию.

Модификации ситуационной задачи. В указанных выше модификациях ситуационной задачи 87% респондентов сочли необходимым изменить тактику лечения при синдроме сдавления зрительного нерва, 70% — при отсутствии прогрессирования ЭОП, 52% — при эутиреозе и 44% — при сопутствующем сахарном диабете.

Амбулаторное обследование рекомендовали 96% опрошенных для больной в эутиреоидном состоянии и 78% респондентов при отсутствии прогрессирования глазных симптомов. В остальных случаях было предложено обследование в стационаре. При этом частота госпитализации в случаях со сдавлением зрительного нерва, при рецидиве ДТЗ, при наличии сопутствующего сахарного диабета достоверно увеличилась ($p < 0,001$) по сравнению с частотой госпитализации в исходном клиническом случае. Достоверных изменений в обследовании больной в зависимости от модификации клинического случая не выявлено.

Основные подходы к лечению при разных модификациях ситуационной задачи также не изменились. Однако при вовлечении в патологический процесс зрительного нерва достоверно большее число респондентов (17%) предложили оперативное лечение ДТЗ.

При отсутствии прогрессирования глазных симптомов в течение 6 мес только 39% опрошенных предложили продолжить лечение ГК.

В основном лечение ДТЗ не зависело от модификаций клинического случая и достоверно не из-

менилось, ни один респондент не рекомендовал облучение орбит, чаще предлагали симптоматическое лечение.

Таким образом, результаты анкетирования ведущих российских эндокринологов показали, что подходы к диагностике и лечению ЭОП в значительной мере совпадают с таковыми у членов ЕТА из стран Западной и Центральной Европы.

Вместе с тем существуют и отличия, которые в значительной мере связаны с меньшей доступностью в нашей стране современных методов диагностики и лечения. Так, для визуализации орбит в нашей стране чаще используется УЗИ, тогда как в Западной Европе предпочтение отдается магнитно-резонансной томографии. В нашей стране аналоги соматостатина пока не нашли применения ни для диагностики, ни для лечения ЭОП. Нельзя не отметить, что в России проводится лечение ретробульбарными инъекциями, что не применяется за рубежом.

В целом же как диагностика, так и особенно лечение ЭОП в России и за рубежом далеки от идеальных и требуют дальнейшего совершенствования.

Мы благодарим всех членов Российской ассоциации эндокринологов, принявших участие в опросе; профессора А. Р. Weetman (University of Sheffield Clinical Science Center, Sheffield, U. K.), который любезно позволил нам использовать в работе вопросник, разработанный ЕТА; а также А. А. Шишкину (Эндокринологический научный центр РАМН) за помощь в работе с респондентами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимов Г. А., Мельниченко Г. А., Федак И. Р. др. // Пробл. эндокринол. — 1997. — № 1. — С. 28—31.
2. Дедов И. И., Герасимов Г. А., Юденич О. Н. и др. // Тер. арх. — 1992. — № 10. — С. 58—62.
3. Advances in Thyroid Eye Disease. International Satellite Symposium of 25 Annual Meeting of the Thyroid Association // Thyroid. — 1998. — Vol. 8. — P. 407—471.
4. Weetman A. P., Wiersinga W. M. // Clin. Endocrinol. — 1998. — Vol. 29. — P. 21—28.

Поступила 29.03.99

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ. 2000

УДК 618.176-06:616.441-008.61]-074:577.17

С. А. Абусуев, А. Э. Эседова, Т. Х.-М. Хашаева

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИМENOПАЗЫ ПРИ ЭНДЕМИЧЕСКОМ ЗОБЕ У ЖЕНЩИН С ГИПОТИРЕОЗОМ

Кафедры эндокринологии (зав. — проф. С. А. Абусуев) и акушерства и гинекологии (зав. — проф. Т. Х.-М. Хашаева) Дагестанской государственной медицинской академии

Представлены результаты обследования 100 женщин в перименопаузе. Оценивали гипофизарно-тиреоидный и гипофизарно-яичниковый статус у групп женщин, различавшихся функциональным состоянием щитовидной железы и особенностями течения перименопаузального периода.

Данные анамнеза анализировали с помощью унифицированной информационной карты. Определение уровней трийодтиронина, тироксина, тиреотропного гормона, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов в сыворотке крови проводили радиоиммунным методом.

Проведенные радиоиммунологические исследования позволили установить, что в перименопаузе происходит усугубление функциональной неполноценности щитовидной железы, особенно выраженное при климактерическом синдроме (КС), имеется значительная рассогласованность деятельности гипоталамо-гипофизарных структур при КС на фоне гипотиреоза, что, по нашему мнению, является предрасполагающим фактором к преобладанию тяжелых форм КС у женщин с гипотиреозом.

A hundred of perimenopausal women were examined. The pituitary-thyroid and pituitary-ovarian status of women with different thyroid status and different course of the perimenopausal period was evaluated.

Case histories were analyzed using a universal information file. Serum T_3 , T_4 , TTH, FSH, and LH were radioimmunoassayed.

The results indicate that functional deficiency of the thyroid augments during the perimenopausal period particularly so during the climacteric syndrome, the hypothalamo-pituitary structures are disordinated in patients with the climacteric syndrome in the presence of hypothyroidism, which favors the development of severe forms of the syndrome.