

38-Й КОНГРЕСС ЕВРОПЕЙСКОЙ ТИРЕОИДНОЙ АССОЦИАЦИИ

(6–10 сентября 2014 года. г. Сантьяго де Компостела, Испания)

Конгресс проходил в городе Сантьяго де Компостела, который находится на северо-западе Испании в области под названием Галиция.

Основными проблемами, вынесенными на обсуждение, были: достижения в диагностике и лечении тиреоидных болезней; глобальная карта йодной обеспеченности; фундаментальные исследования гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси в норме и при патологии; рак щитовидной железы; форум пациентов.

Особенностью организации Конгресса в Испании было то, что участники имели возможность посещать заседания только той секции, куда были аккредитованы, присутствовать на других заседаниях не разрешалось.

Основными вопросами, которые рассматривались на заседаниях, посвященных проблеме йододефицита были:

— Вопрос о йодировании соли. Обращено внимание на группы беременных, которым в целях стабилизации артериального давления ограничивают прием соли вообще и в результате они получают меньше йода. Обсуждался вопрос о том, как это может сказаться на детях.

— Уделено внимание контингенту пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца, для которых избыточное поступление соли (в том числе йодированной) чревато усугублением сердечно-сосудистой патологии.

— Детально анализировались продукты, богатые и недостаточные по содержанию йода.

Вопрос о субклиническом гипотиреозе у беременных, связанном с развитием в йододефицитных зонах изолированной гипотироксинемии на фоне повышения ИМТ, уже начиная с I триместра беременности. На сегодня эта тема актуальна, но окончательно не решено, назначать ли беременным йод для предотвращения тиреоидной недостаточности?

На заседании секции, посвященной проблемам рака щитовидной железы (РЩЖ), вопросам поиска маркеров этой патологии (представленные в нескольких сообщениях разработки по исследованию биоптатов ЩЖ касались 7 и 142 различных маркеров). Однако было признано, что на этом пути особенностей в хирургическом лечении рака ЩЖ не предложено.

По материалам, которые были представлены участникам, хочется отметить приоритетные направления относительно РЩЖ в разных странах. В частности, в Болгарии тиреоидная карцинома — одна из тем постдипломного образования в ведущих университетах. Ведущие профессора и специалисты привлекаются к проведению занятий. Кроме того, в Софии и Варне проводятся бесплатные УЗИ ЩЖ для лиц с факторами риска по тиреопатологии. Такие же сайты по РЩЖ в виде форумов для специалистов и пациентов открыты и в Ис-

пани. В Австралии организация «Австралийский тиреоидный фонд» проводит компанию — «Знай свою шею — проверь ЩЖ». Цель — ранняя диагностика РЩЖ. В Германии активное внимание уделяется диагностике РЩЖ. Была представлена информация относительно высокой чувствительности к уровню тиреоглобулина у больных с дифференцированным РЩЖ. Решаются вопросы, насколько высок риск рецидива в случае умеренного повышения тиреоглобулина и как это отразится на качестве жизни пациента? Наиболее важными и однозначными рекомендациями для ведения пациентов с дифференцированным РЩЖ являются следующие: низкий риск рецидива имеют пациенты с неопределяемым тиреоглобулином ($< 0,1$ мкг/л), у них нет необходимости в радиологических мероприятиях, в то же время уровень тиреоглобулина выше $1,0$ мкг/л указывает на наличие угрозы рецидива. В Испании в 2007 г. создана ассоциация больных РЩЖ, которая представляет их интересы в обществе; осуществляет поиск в интернете и предоставляет нужную и современную информацию; ведет блог для общения с пациентами. В 2014 г. отдельно рассматривалась информация о медулярном РЩЖ.

Отдельным вопросом рассматривалась тиреоидная орбитопатия (вследствие как тиреотоксикоза, так и гипотиреоза, и аутоиммунного тиреоидита). В Дании создана и функционирует школа для пациентов с тиреоидной орбитопатией, занятия в которой с ними проводят эндокринологи и офтальмологи. Также проводятся и конференции для специалистов. Кроме того, в Дании в помощь семьям, у которых есть дети с врожденным гипотиреозом, созданы сайты (в фейсбуке), где их знакомят между собой. Проводят для них занятия, помогают наладить общение и делиться опытом. В Великобритании функционирует центр тиреоидной глазной патологии, который организует форумы больных и специалистов, информирует о новых возможностях ее мониторинга. В Финляндии ежегодно издается книга для пациентов «Щитовидная железа и тиреоидные болезни». В Канаде на форумах для пациентов проводятся лекции

на темы: какие функции организма регулируются тиреоидными гормонами; факторы риска развития тиреопатологии. В Италии действует проект «Разговор с пациентом». Один раз в месяц больные собираются в городе Регио Эмилия, где имеют возможность выяснить у специалистов интересующие их вопросы и поделиться друг с другом опытом жизни с тиреопатологией.

На форуме также рассматривались медико-социальные проблемы связанные с профилактикой и терапией тиреопатологии. Была подробно освещена работа по организации психологической и психиатрической помощи для данного контингента больных: в Италии функционирует проект «Психологическая поддержка больных с тиреопатологией»; в Болгарии психологические и социальные проблемы обсуждаются на форуме «От больного тела — к нарушению разума»; в Канаде в центре внимания проблема «Тиреоидная функция и психические нарушения».

Вопрос о субклиническом гипотиреозе (СГ) у беременных был дискуссионным и пока не нашел своего решения. На конференции были представлены данные о том, что в Китае СГ выявляется у 4% беременных, в Бельгии — у 6,8%, в Северной Испании — у 13,7%. В мире на сегодняшний день есть два мнения относительно того, лечить или не лечить эти состояния на фоне беременности, но и американцы, и европейцы подтверждают, что до 10% беременных находятся в состоянии субклинического гипотиреоза, что сказывается и на женщине, и на ребенке. Установлена связь субклинического гипотиреоза с гестационной гипертензией, гестационным диабетом и эклампсией во время беременности, а так же наличие спонтанных выкидышей, преждевременных родов, снижение IQ в случае отсутствия адекватной терапии в период гестации. Отмечалось, что СГ у беременных представлен двумя вариантами: повышение ТТГ при нормальном T_4 и ТТГ в норме, а T_4 ниже нормы (изолированная гипотироксинемия). У большинства причина СГ — это наличие аутоиммунного тиреоидита и йододефицита, когда несмотря на ранее существовавший эутиреоз, или у тех, кто до беременности

принимал L-тироксин, а на фоне беременности развивался СГ.

На конференции были представлены референтные нормы американской тиреоидной ассоциации для беременных по триместрам для уровня ТТГ: I — (0,1–2,5) мкМЕ/л; II — (0,2–3,0) мкМЕ/л и III — (0,3–3,5) мкМЕ/л. Считается, что в каждом центре родовспоможения должны быть разработаны свои (характерные для конкретного региона) нормы ТТГ.

К вопросу об эпидемиологии. В Финляндии на 2013 г. примерно 5,4% населения принимали L-тироксин, это число постоянно растет, что частично связывают со снижением стоимости лабораторного обследования больных и, следовательно, лучшей выявляемостью данной патологии. Считают, что тиреоидный статус должен регулярно исследоваться как часть комплекса профилактических мероприятий. Это позволит выявлять субклинический гипотиреоз, который является трудным для постановки диагноза.

«Горячие» темы конгресса:

— Надежен ли показатель уровня ТТГ как маркер тиреопатологии? Ведутся дебаты о том, что если ТТГ не во всех случаях мы можем использовать в качестве маркера, то, какой второй показатель целесообразно использовать, исходя из клинической и (что немало важно) экономической составляющей. Согласно рекомендациям американской ассоциации, принято исследовать свободный T₄. Оживленная дискуссия ве-

дется относительно большей целесообразности исследования свободного T₃.

— В ходе дебатов на тему «хорошего самочувствия» у пациентов с различной тиреопатологией было отмечено, что «это вопрос субъективный, и адекватных рамок оценки нет». Но тиреоидная компенсация по лабораторным данным и хорошее самочувствие пациента не всегда совпадают. Большая часть больных лучше чувствует себя в состоянии легкого гипертиреоза, но это негативно отражается на работе сердца. Дискуссия продолжается.

— Еще один дискуссионный вопрос: если верно, что у пожилых пациентов дозу L-тироксина необходимо снижать примерно на 20% от стандартной, то это приходит в противоречие с рекомендациями ВОЗ относительно рекомендации повышать дозы из-за естественной редукции абсорбции лекарств с возрастом.

— Если на фоне адекватной дозы L-тироксина происходит нормализация тиреоидного статуса, а больной продолжает ощущать слабость и недостаток сил, то рекомендуется исследование уровня витамина D, недостаток которого ассоциируется с мышечной слабостью. Целесообразно ли таким больным добавлять витамин D?

Следует отметить, что посещение таких международных конференций обогащает актуальными идеями для выбора направления дальнейшей работы, как научной, так и учебной, а также могут быть использованы в практической врачебной деятельности.

Д. мед. н. *О.А. Гончарова*