

Добавляет
ценность диагнозу



ЭКСПЕРТ В ЛАБОРАТОРНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ

УДК 616.441-002:615.252.065

DOI: 10.22141/2224-0721.7.79.2016.86419

ГАЛИЦКАЯ В.В.

Медицинская лаборатория «Синэво», г. Киев, Украина

СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТИРЕОЗ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Обзор избранных глав руководства Европейской тиреоидной ассоциации 2015 года «Diagnosis and treatment of endogenous subclinical hyperthyroidism»

Резюме. Представлены избранные главы руководства Европейской тиреоидной ассоциации 2015 года по диагностике и лечению эндогенного субклинического гипертиреоза. Оригинальный текст руководства находится в открытом доступе на сайте <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4637513/>

Ключевые слова: субклинический гипертиреоз; диагностика; лечение.

Третий уровень исследования: установить объем необходимого лечения

8. Компьютерная томография без контраста или магнитно-резонансная томография должна быть использована для оценки компрессии дыхательных путей у больных с многоузловым зобом больших размеров и соответствующими симптомами и признаками (1/+++).

Рекомендации по клинической оценке пациентов с эндогенным субклиническим гипертиреозом (ЭСГ) перед началом лечения

Третий уровень исследований: оценить риски, связанные с ЭСГ

9. Электрокардиография (ЭКГ), холтеровский мониторинг ЭКГ и доплеровская эхокардиография рекомендуются с целью оценки сердечного ритма, морфологии сердца и сосудов у отдельных пациентов со 2-й степенью ЭСГ (т.е. у пациентов с аритмией,

ишемической болезнью сердца (ИБС) и сердечной недостаточностью) (1/+ 00).

10. Исследование минеральной плотности костной ткани и, возможно, биохимических маркеров костного обмена должно быть проведено у отдельных пациентов со 2-й степенью ЭСГ (т.е. женщины в постменопаузе, пожилые пациенты и пациенты с факторами риска остеопороза).

Рекомендации по ведению пожилых пациентов с ЭСГ и низким или неопределяемым уровнем ТТГ

11. Лечение ЭСГ рекомендуется у пациентов в возрасте старше 65 лет при 2-й степени ЭСГ, чтобы снизить риски, связанные с некомпенсированным ЭСГ 2-й сте-

Адрес для переписки с автором:

Галицкая В.В.
ORCID: 0000-0001-9979-6528
E-mail: redact@i.ua

© Галицкая В.В., 2016
© «Международный эндокринологический журнал», 2016
© Заславский А.Ю., 2016

пени (т.е. прогрессирование до манифестного гипертиреоза, повышение общей смертности, смертности от ИБС, фибрилляции предсердий, частоты переломов бедра без переломов позвоночника) (1/++ 0).

12. Лечение симптоматических и бессимптомных пациентов старше 65 лет с 1-й степенью ЭСГ можно считать оправданным, чтобы предотвратить риск фибрилляции предсердий (2/+ 00). Учитывая потенциальный риск сердечно-сосудистых осложнений, мы считаем, что лечение 1-й степени ЭСГ рекомендуется у пациентов старше 65 лет с сопутствующими заболеваниями сердца, сахарным диабетом, почечной недостаточностью, предыдущим инсультом или транзиторными ишемическими атаками, дилатацией левого предсердия, факторами риска развития инсульта, сердечной недостаточности (СН), ИБС, заболеваниями клапанов сердца, патологией коронарных или периферических артерий (2/+ 00).

Рекомендации по ведению молодых пациентов с ЭСГ и низким или неопределяемым уровнем ТТГ

13. Мы рекомендуем лечение пациентов моложе 65 лет со 2-й степенью ЭСГ при стойком снижении ТТГ и/или с симптомами избытка гормона щитовидной железы, особенно если постоянно определяются антитела к рецептору ТТГ (АТ-рТТГ) и/или повышен захват по данным сцинтиграфии (2/+ 00). Лечение ЭСГ может улучшить качество жизни и снизить высокий риск прогрессирования заболевания у этих пациентов. Пациентам с симптомами тиреотоксикоза могут быть назначены селективные β-блокаторы и/или использованы методы лечения, воздействующие на щитовидную железу (2/+ 00). Доза β-блокатора определяется частотой сердечных сокращений (2/++ 0).

14. Мы рекомендуем лечение больных со 2-й степенью ЭСГ при наличии сердечно-сосудистых факторов риска или сопутствующих заболеваний (1/+ 00).

15. Лечение ЭСГ у молодых бессимптомных пациентов с низким, но определяемым ТТГ (1-я степень ЭСГ) не рекомендуется (нет доказательств преимуществ лечения; 2/+ 00). Эти пациенты должны наблюдаться из-за низкого риска прогрессирования до манифестного гипертиреоза, возможности спонтанной ремиссии ЭСГ и слабой доказательной базы неблагоприятных исходов для здоровья в этой группе больных.

16. Наблюдение рекомендуется пациентам с 1-й степенью ЭСГ при отсутствии ультразвуковых и сцинтиграфических признаков патологии щитовидной железы, с нормальной частотой сердечного ритма по данным ЭКГ, нормальной плотностью костной ткани и при отсутствии факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза (1/+ 00).

17. ТТГ, Т4св., Т3об. или Т3св. должны быть оценены каждые 6–12 месяцев у пациентов с ЭСГ, которые не получают лечение, или в случае появления симптоматики (1/+ 00).

Рекомендации по лечению ЭСГ в соответствии с этиологией

18. Тиреостатические препараты должны быть средством первого выбора у молодых пациентов с болезнью Грейвса и 2-й степенью ЭСГ и у пациентов старше 65 лет с болезнью Грейвса и 1-й степенью ЭСГ, потому что ремиссия ЭСГ после 12–18 месяцев лечения тиреостатическими препаратами достигает 40–50 % (1/+ 00). Терапия радиоактивным йодом показана, если есть непереносимость тиреостатических препаратов, в случае рецидива заболевания и у пациентов с заболеваниями сердца (1/+ 00).

19. Лечение тиреостатическими препаратами или радиоактивным йодом рекомендуется пациентам с болезнью Грейвса и 2-й степенью ЭСГ у пациентов старше 65 лет и при наличии сердечно-сосудистых заболеваний, потому что у этих пациентов высок риск их декомпенсации (1/+ 00).

20. Терапия радиоактивным йодом или хирургическое вмешательство должны быть предпочтительным вариантом у пациентов старше 65 лет с 1-й и 2-й степенью ЭСГ вследствие многоузлового токсического зоба или тиреотоксической аденомы, потому что у этих пациентов ЭСГ имеет стойкий характер. Кроме того, 2-я степень ЭСГ может прогрессировать до манифестного гипертиреоза после чрезмерного потребления йода (1/++ 0). В случаях, когда назначение радиоактивного йода невозможно (например, престарелым пациентам хосписов, и/или при большом зобе и сопутствующей тяжелой патологии, и/или при симптомах компрессии), вариантом лечения может быть прием низких доз тиреостатиков на протяжении всей жизни (2/+ 00).

21. Хирургическое лечение рекомендуется пациентам с ЭСГ в сочетании с большим зобом, симптомами компрессии, сопутствующим гиперпаратиреозом или при подозрении на злокачественное новообразование щитовидной железы (1/+++ 0). Тотальная тиреоидэктомия является операцией выбора при наличии тех или иных факторов, препятствующих назначению радиоактивного йода, при 2-й степени ЭСГ (1/+++ 0).

Рекомендации по предотвращению потенциальных неблагоприятных эффектов лечения ЭСГ

22. Низкие дозы тиамазола (5–10 мг/день) следует использовать для быстрого восстановления эутиреоза у пациентов с ЭСГ (1/+ 00). Пациенты должны быть проинформированы о возможности побочных эффектов тиамазола (1/+ 00). Общий анализ крови и оценка уровня печеночных трансаминаз должны быть проведены перед началом лечения тиамазолом (1/+ 00).

23. Целью лечения радиоактивным йодом является достижение эутиреоидного состояния (на фоне заместительной терапии левотироксином или без нее) (1/+ 00).

24. Предварительное лечение тиамазолом перед терапией радиоактивным йодом или хирургическим лечением может рассматриваться у пациентов старше 65 лет с сердечно-сосудистыми заболеваниями (фибрилляция

предсердий, ИБС, сердечная недостаточность), а также у пациентов с повышенным риском их декомпенсации в связи с утяжелением гипертиреоза, хотя нет данных, подтверждающих его эффективность (2/+ 00). В случае назначения в этой ситуации тиамазола рекомендуется увеличение обычной дозы радиоактивного йода на 10–15 % (1/+++).

25. Перед проведением терапии радиоактивным йодом необходима оценка риска прогрессирования орбитопатии (курение, значительное повышение уровня ТЗсв. и АТ-рТТГ) (1/+ 00). Профилактика глюкокортикоидами рекомендуется пациентам с клинически явной орбитопатией и курильщикам (1/+ 00).

26. В соответствии с рекомендациями Американского колледжа кардиологов/Американской кардиологической ассоциации мы рекомендуем, чтобы первой линией лечения фибрилляции предсердий и СН у пациентов с нарушением функции щитовидной железы было восстановление эутиреоидного состояния, поскольку на фоне гипертиреоза большинство кардиотропных препаратов малоэффективно. Лечение ЭСГ тиреостатическими препаратами должно быть первой линией терапии у пожилых пациентов со 2-й степенью ЭСГ, осложненного фибрилляцией предсердий и/или сердечной недостаточностью, чтобы получить спонтанное восстановление синусового ритма (1/+ 00).

27. Необходима профилактика тромбоэмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий вследствие ЭСГ. Американская кардиологическая ассоциация

рекомендует у пациентов с ЭСГ и фибрилляцией предсердий поддерживать международное нормализованное отношение в интервале 2,0–3,0 (1/+ 00).

28. После терапии радиоактивным йодом необходима достаточно частая оценка функции щитовидной железы на протяжении первого года и далее ежегодно для оценки нормализации функции щитовидной железы или развития гипотиреоза (1/+ 00).

29. После терапии радиоактивным йодом или тиреоидэктомии при развитии гипотиреоза показана заместительная терапия левотироксином (1/+++).

30. При хирургическом лечении болезни Грейвса следует отдавать предпочтение тиреоидэктомии, чтобы предотвратить сохранение или избежать рецидива, наблюдающегося после частичной резекции щитовидной железы. В случае солитарных автономных узловых образований может быть предпринята гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка. Тиреоидэктомия должна выполняться у пациентов с токсическим многоузловым зобом, с частотой рецидива < 1 % (1/++ 0).

Тесты, рекомендованные Синэво

1096 Пакет № 2 (тиреоидный: ТТГ, ТЗсв., Т4св.) (тиреотропный гормон (ТТГ); тироксин свободный (Т4 свободный); трийодтиронин свободный (Т3 свободный))

1106 Рецепторы ТТГ, антитела IgG (АТ-рТТГ)

Получено 31.10.16 ■

Галицька В.В.

Медична лабораторія «Синево», м. Київ, Україна

СУБКЛІНІЧНИЙ ГІПЕРТИРЕОЗ: ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ І ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

Огляд вибраних глав керівництва Європейської тиреоїдної асоціації 2015 року «Diagnosis and treatment of endogenous subclinical hyperthyroidism»

Резюме. Подано вибрані глави керівництва Європейської тиреоїдної асоціації 2015 року з діагностики і лікування ендогенного субклінічного гіпертиреозу. Оригінальний текст керівництва знаходиться у відкритому доступі на сайті <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4637513/>

Ключові слова: субклінічний гіпертиреоз; діагностика; лікування.

Galitskaya V.V.

Medical Laboratory «Synevo», Kyiv, Ukraine

SUBCLINICAL HYPERTHYROIDISM: DIAGNOSTIC CRITERIA AND TREATMENT STRATEGY

Review of Selected Chapters the 2015 European Thyroid Association Guidelines «Diagnosis and Treatment of Endogenous Subclinical Hyperthyroidism»

Abstract. The selected chapters of 2015 guidelines of the European Thyroid Association on the diagnosis and treatment of endogenous subclinical hyperthyroidism are presented. Original text of the guidelines is in open access on the web-site: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4637513/>

Keywords: subclinical hyperthyroidism; diagnosis; treatment.