

Добавляет  
ценность диагнозу



ЭКСПЕРТ В ЛАБОРАТОРНОЙ  
ДИАГНОСТИКЕ

В.В. Галицкая, руководитель эндокринологического направления лабораторной диагностики медицинской лаборатории «Синэво»

## Субклинический гипертиреоз: диагностические критерии и принципы лечения

### Обзор руководства Европейской тиреойдной ассоциации 2015 года «Diagnosis and treatment of endogenous subclinical hyperthyroidism»

Продолжение. Начало в номере  
«Діабетологія, тиреологія, метаболічні  
розлади» № 3 2016

**Третий уровень исследования:  
установить объем необходимого  
лечения**

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

**Рекомендации по клинической оценке  
пациентов с ЭСГ перед началом лечения  
Третий уровень исследований:  
оценить риски, связанные с ЭСГ**

9. Электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру и доплеровская эхокардиография рекомендуются с целью оценки сердечного ритма, морфологии сердца и сосудов у отдельных пациентов с 2-й степенью эндогенного субклинического гипертиреоза (ЭСГ) – (то есть у пациентов с нарушениями сердечного ритма, ишемической болезнью сердца (ИБС) и сердечной недостаточностью (СН) (1 / + 00).

10. Исследование минеральной плотности костной ткани и, возможно, биохимических маркеров костного обмена должны быть проведены у отдельных пациентов со 2-й степенью ЭСГ (то есть женщины в постменопаузе, пожилые пациенты и больные с факторами риска остеопороза) (1 / + 00).

**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 степени (то есть прогрессирование до манифестного гипертиреоза, повышение общей смертности, смертность от ИБС, фибрилляции предсердий, переломы 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, СН, ИБС, заболеваниями клапанов сердца, патологиями 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 тиреотропного гормона (ТТГ) и/или симптомами избытка гормона щитовидной железы, особенно если упорно определяются антитела к рецепторам ТТГ (АТ-рТТГ) и/или повышен захват радиофармпрепарата по данным сцинтиграфии щитовидной железы (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, направленные на щитовидную железу (2 / + 00). Доза β-блокатора определяется частотой сердечных сокращений (2 / ++ 0).

14. Мы рекомендуем лечение больных с 2-й степенью ЭСГ у пациентов с сердечно-сосудистыми факторами риска или сопутствующими заболеваниями (1 / + 00).

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

16. Наблюдение рекомендуется пациентам с 1-й степенью ЭСГ при отсутствии ультразвуковых и сцинтиграфических признаков патологии щитовидной железы, 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, свТ<sub>4</sub>, общТ<sub>3</sub> или свТ<sub>3</sub> 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 больных 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 больных 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 больных 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 / +++). 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 L-тироксина 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, СН), а также у больных с повышенным риском их декомпенсации в связи с утяжелением гипертиреоза, хотя нет данных, подтверждающих это предположение (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 (курльшички, значительное повышение уровня свТ<sub>3</sub> и АТ-рТТГ) (1 / + 00). Профилактика глюкокортикоидами рекомендуется пациентам с клинически явной орбитопатией и курльшикам (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 малоэффективны. Лечение ЭСГ тиреостатическими препаратами должно быть первой линией терапии у пожилых пациентов со 2-й степенью ЭСГ, осложненным фибрилляцией предсердий и/или СН, чтобы получить спонтанное восстановление синусового ритма (1 / + 00).

27. Необходима профилактика тромбозов и эмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий вследствие ЭСГ. Американская кардиологическая ассоциация рекомендует у пациентов с ЭСГ и фибрилляцией предсердий поддерживать международное нормализованное отношение (МНО) 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 L-тироксина (1 / +++).

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

Тесты, рекомендованные «Синэво»:

**1096 Пакет № 2 (Тиреоидный: ТТГ, Т3 св., Т4 св.) (Тиреотропный гормон (ТТГ); Тироксин свободный (Т4 свободный); Триiodтиронин свободный (Т3 свободный))**

**1106 Рецепторы ТТГ, антитела IgG (АТрТТГ)**