

Добавляет
ценность диагнозу



ЭКСПЕРТ В ЛАБОРАТОРНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ

Л.А. Луценко, Киевский городской клинический эндокринологический центр

Скрининг эндокринной патологии в практике семейного врача

Продолжение. Начало в № 3 (352).

Для семейного врача важно знать клинические «маски» гипотиреоза, что позволит своевременно принять решение о необходимости проведения лабораторного исследования с целью исключения нарушения функции щитовидной железы. «Маски» гипотиреоза, а также их проявления перечислены в таблице 4.

«Маски» гипотиреоза	Заболевания, состояния
Эндокринологическая	• Ожирение
	• Гиперпролактинемия
	• Нарушения полового созревания
	• Акромегалия
Терапевтическая	• ИБС
	• АГ
	• Нейроциркуляторная дистония
	• Артериальная гипотензия
	• Миокардит
	• Гепатит
	• Пиелонефрит
	• Гипокинезия желчевыводящих путей и кишечника
	• Полиартрит
	Гематологическая
• Фолиеводефицитная анемия	
• Пернициозная анемия	
Гинекологическая	• Нарушения менструального цикла
	• Бесплодие
Неврологическая	• Миопатия
	• Миалгия
Психиатрическая	• Депрессия
	• Гиперсомния

Лабораторные тесты, позволяющие диагностировать первичный гипотиреоз, — ТТГ и T_4 св. Манифестный гипотиреоз сопровождается повышением уровня ТТГ и снижением значений T_4 св. Для субклинического гипотиреоза характерно увеличение концентрации ТТГ в сочетании с нормальным уровнем T_4 св.

Тиреотоксикоз — клинический синдром, развивающийся в результате избытка гормонов щитовидной железы. Субклинический тиреотоксикоз — состояние, характеризующееся сниженным уровнем ТТГ, при этом уровни T_4 св. и свободного трийодтиронина (T_3 св.) остаются в пределах нормы.

Распространенность манифестного тиреотоксикоза варьирует от 0,2 до 1,2% [6], субклинического — от 0,8 до 4,2%. Тиреотоксикоз ассоциируется с повышением уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и является одной из весомых причин нарушений сердечного ритма. Субклинический тиреотоксикоз также сопровождается рядом неблагоприятных эффектов на сердечно-сосудистую систему. Риск фибрилляции предсердий у лиц в возрасте старше 60-65 лет с субклиническим тиреотоксикозом увеличивается в 2,8 раза [7, 8]. Тиреотоксикоз (как явный, так и субклинический) потенцирует снижение минеральной плотности костной ткани с последующими переломами, особенно у женщин. Необходимо помнить,

что у лиц пожилого возраста токсический зоб характеризуется моносимптомностью. Это могут быть изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (тахикардия, сердечная недостаточность, мерцательная аритмия), желудочно-кишечного тракта (поражение печени, кишечника).

Для диагностики тиреотоксикоза важным является определение уровней ТТГ, T_4 св. и T_3 св. При этом аналитическая чувствительность тест-системы для определения ТТГ должна быть достаточно высокой (не ниже третьего поколения), что даст возможность выявлять очень низкие концентрации ТТГ в крови и субклинические формы заболевания. Манифестный тиреотоксикоз характеризуется повышением уровня T_4 св. и T_3 св. и снижением уровня ТТГ. Для субклинического тиреотоксикоза типично уменьшение концентрации ТТГ в сочетании с нормальными значениями T_4 св. и T_3 св.

При обследовании пациентов с тиреотоксикозом определяют антитела к рецепторам ТТГ (рТТГ), которые являются специфическим маркером диффузного токсического зоба и выявляются у 99-100% пациентов с данным заболеванием [9].

Для выяснения этиологии субклинического тиреотоксикоза показано определение аутоантител к тиреопероксидазе и рТТГ. Прогностическая ценность определения антител к рТТГ (до операции) представлена в таблице 5.

Уровень антител к рТТГ	Прогноз
Антитела к рТТГ >10-15 МЕ/л	Тяжелое и неблагоприятное течение тиреотоксикоза
Антитела к рТТГ >46 МЕ/л	Длительная ремиссия невозможна
Титр антител к рТТГ снижается менее чем на 50% за 6 мес	Низкая вероятность длительной ремиссии

Относительно скрининга субклинического тиреотоксикоза в общей популяции в настоящее время единого мнения нет. При этом большинство признанных экспертов в этой области приветствуют определение ТТГ в группах повышенного риска, к которым относятся лица с отягощенным семейным анамнезом касательно патологии щитовидной железы, пациенты с СД 1 типа и другими аутоиммунными заболеваниями, больные с клиническими симптомами тиреотоксикоза или нарушениями структуры железы согласно данным ультразвукового исследования [10].

Третье место в структуре эндокринной патологии (после СД и заболеваний щитовидной железы) занимает первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ). ПГПТ — заболевание, характеризующееся избыточной секрецией паратиреоидного гормона (ПТГ) при соответствующем верхнем уровне нормы или повышенном уровне кальция в крови вследствие первичной патологии околощитовидных желез. По данным М. Yeh (2013), в США выявляют около 120 случаев ПГПТ на 100 тыс. населения. В Украине ПГПТ диагностируют у 30-50 пациентов в год (зачастую на этапе необратимых изменений в органах и системах). Поздняя диагностика данной патологии связана с длительным скрытым периодом течения, клиническим полиморфизмом заболевания и недостаточной осторожностью врачей. Многие специалисты (кардиологи, травматологи, гастроэнтерологи, урологи и др.) воздействуют на проявления ПГПТ, часто забывая о необходимости диагностики ПГПТ как причины многих патологических состояний (табл. 6) и фактически назначая пациенту симптоматическое лечение [11].

Врачу необходимо обращать внимание на следующие жалобы пациента: мышечную слабость, боль в костях, жажду, частые мочеиспускания. Изучая анамнез, следует выяснить наличие переломов, язвенной болезни, АГ, нарушений сердечного ритма, признаков остеопороза (на рентгенограммах). Также нужно помнить о наличии

Таблица 6. Клинические проявления ПГПТ

Локализация	Клинические проявления ПГПТ
Центральная нервная система	• Снижение концентрации внимания
	• Деменция
	• Депрессия
	• Психозы
Опорно-двигательный аппарат	• Остеопороз
	• Гиперпаратиреоидная остеоидистрофия
	• Переломы
	• Проксимальная миопатия
Желудочно-кишечный тракт	• Запоры
	• Язвенная болезнь (язва локализуется преимущественно в двенадцатиперстной кишке; молочно-щелочная диета приводит к обострению)
	• Желудочно-пищеводный рефлюкс
	• Желчнокаменная болезнь
Мочевыделительная система	• Полиурия, полидипсия, изостенурия, снижение клубочковой фильтрации
	• Мочекаменная болезнь, нефрокальциноз
Сердечно-сосудистая система	• АГ
	• Укорочение интервала QT
	• Повышение чувствительности к препаратам наперстянки
Системные проявления	• Общая слабость
	• Дегидратация
	• Кальцификация роговой оболочки, других органов и тканей

субклинических (мягких) форм ПГПТ, для которых характерно отсутствие или неспецифичность клинической симптоматики (слабость, утомляемость, снижение памяти, непостоянные артралгии и оссалгии), а повышенный уровень кальция или ПТГ обнаруживается случайно.

Таким образом, в группу повышенного риска ПГПТ входят пациенты с моче-, желчнокаменной и язвенной болезнью, АГ, катарактой, остеопорозом, частыми и множественными переломами, плохим состоянием зубов и т. д. Любая из вышеперечисленных патологий — основание для исключения ПГПТ.

Принимая во внимание широкую распространенность ПГПТ и наличие асимптомной и малосимптомной форм, единственно правильным путем своевременной диагностики гиперпаратиреоза может считаться скрининг. Ключевым в диагностике патологии околощитовидных желез, и в частности ПГПТ, является определение уровня интактного паратиреоидного гормона (ПТГ₁₋₈₄), который обладает гормональной активностью [12]. Повышенный уровень интактного ПТГ свидетельствует о наличии гиперпаратиреоза и требует дополнительного обследования у эндокринолога.

Таким образом, актуальной задачей для семейного врача является своевременная диагностика заболеваний, которые могут быть ассоциированы с кардио-, гастро- и другой патологией. Главная роль в своевременном выявлении субклинических вариантов эндокринных заболеваний, таких как СД, нарушение функции щитовидной железы, гиперпаратиреоз, принадлежит лабораторным методам скрининга.

Список литературы находится в редакции.