

СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Субклинический гипотиреоз - это форма нарушения функции щитовидной железы, которая еще не проявилась какими-либо признаками заболевания. Выявляется эта форма заболевания определением гормонов крови. Признаком субклинического гипотиреоза считается увеличение в крови количества тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ регулирует секрецию гормонов щитовидной железы, поэтому при малейшем, внешне незаметном снижении ее функции количество ТТГ увеличивается). Одновременно с этим в крови обнаруживается нормальное или слегка пониженное количество гормонов щитовидной железы.

Чаще он встречается у женщин, особенно в пожилом возрасте. Наблюдение за такими пациентами в течение ряда лет показало, что признаки заболевания появляются почти у половины из них приблизительно через пять лет. При субклиническом гипотиреозе ТТГ повышен, а Т4 в норме. Существуют характерные клинические симптомы, но они не специфичны. Таким образом, на сегодняшний день и гипотиреоз, и тиреотоксикоз, имеют облигатные лабораторные признаки и факультативные клинические. При этом повышенным считается уровень ТТГ выше 4 мЕд\л.

Признаки субклинического гипотиреоза

Основной проблемой для врачей общей практики является выявление гипотиреоза. До 3-5% пациентов терапевтического стационара могут быть больными с недиагностированным гипотиреозом. При этом возможны самые разнообразные клинические "маски", такие как:

- Гастроэнтерологические - запоры, дискинезии желчных путей, симптомы желчнокаменной болезни и т.д.
- Ревматологические - полиартриты, синевиты, симптомы прогрессирующего остеоартроза
- Гинекологическая - дисфункциональное маточное кровотечение, бесплодие, нарушения менструального цикла
- Кардиологическая - диастолическая гипертензия

Наиболее частые клинические проявления гипотиреоза, такие как брадикардия, низкий вольтаж зубцов на электрокардиограмме, отрицательный зубец Т на ЭКГ и кардиомегалия.

Субклинический гипотиреоз теоретически предполагает полное отсутствие признаков нарушения функции щитовидной железы. Тем не менее, при этом возможно обнаружение отклонений от нормы в различных видах обмена веществ, в том числе в основном обмене.

Из-за нарушения обмена веществ может страдать функция и некоторых внутренних органов и систем. Например, у больных с субклиническим гипотиреозом часто наблюдается снижение общего фона настроения, вплоть до депрессии, тревожность, появляются отдельные незначительные признаки нарушения памяти, внимания. Жалобы самих больных обычно сводятся к повышенной слабости и утомляемости.

При субклиническом гипотиреозе страдает жировой обмен, который может приводить с одной стороны к увеличению массы тела, а с другой - к развитию атеросклероза и на его фоне ишемической болезни сердца с приступами стенокардии и перспективой возникновения инфаркта миокарда. Применение заместительной терапии на этом раннем этапе заболевания иногда приводило к восстановлению обменных процессов и уменьшению приступов стенокардии.

Гормоны щитовидной железы оказывают множественное воздействие на органы кровообращения. Под их влиянием изменяются такие показатели, как число сердечных сокращений, сократительная способность миокарда, скорость кровотока, кровяное давление, периферическое сопротивление сосудов. У пациентов с субклиническим гипотиреозом отмечаются такие же изменения со стороны сердца, как и при наличии клинических признаков, например, признаки утолщения (гипертрофии) сердечной мышцы в области левого желудочка, которое говорит о напряженной работе сердца.

Особенно важно выявление субклинического гипотиреоза во время беременности, это позволяет своевременно назначить беременной женщине заместительную терапию и избежать нарушений со стороны плода.

КЛИНИЧЕСКАЯ

КАРТИНА

- снижение познавательных функций, ухудшение памяти и внимания, снижение интеллекта (у лиц с субклиническим гипотиреозом отмечается снижение параметров общей, логической и зрительной памяти, внимания, которые достоверно улучшаются на фоне заместительной терапии левотироксином)
- снижение порог развития депрессивных состояний (примерно у 52 % пациентов; частота депрессивных состояний у пациентов с субклиническим гипотиреозом значительно выше, чем у лиц в эутиреоидном состоянии; по данным стандартных психологических тестов, проводящихся с целью исследования уровня тревожности, ощущения боли, истерии, депрессии, установлено изменение всех параметров по сравнению с эутиреоидной группой)
- дислипидемия с повышением индекса атерогенности (у больных субклиническим гипотиреозом отмечено повышение уровня эндотелиальной дисфункции - маркера раннего развития атеросклероза -, которая оказывается обратимой на фоне терапии левотироксином; субклинический гипотиреоз в 2-3 раза чаще выявляется у лиц с гиперхолестеринемией; у лиц с субклиническим гипотиреозом выявлены более высокие уровни триглицеридов, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), апопротеина В и липопротеина А; атерогенные изменения липидного профиля при субклиническом гипотиреозе подвергаются обратному развитию на фоне заместительной терапии левотироксином)
- нарушения ритма и проводимости, нередко резистентных к антиаритмической терапии (показатели сердечной деятельности, такие как частота сердечных сокращений, минутный объем сердца, скорость кровотока, артериальное давление, общее периферическое сопротивление сосудов, сократительная функция сердца, непосредственно связаны с тиреоидным статусом; у пациентов с субклиническим гипотиреозом так же, как и при манифестном гипотиреозе, выявляются признаки гипертрофии миокарда, проявляющиеся изменениями толщины межжелудочковой перегородки,

увеличение максимальной скорости предсердного кровотока, снижение средней величины ускорения кровотока в аорте, удлинение периода изоволюмического расслабления, более низкий индекс систолической вариации; при нагрузке пациенты с субклиническим гипотиреозом имеют достоверно более низкие показатели ударного объема, сердечного индекса, пиковой скорости кровотока в аорте - все эти показатели нормализуются после достижения эутиреоидного состояния)

- нарушение менструальной функции, вагинальные кровотечения
- бесплодие, неудачи при проведении экстракорпорального оплодотворения (примерно до 28% случаев бесплодия связывают с гипотиреозом)
- преждевременные роды, отслойка плаценты, чаще возникает необходимость кесарева сечения
- повышенное внутриглазное давление
- миалгии
- гипохромная анемия

ДИАГНОСТИКА

- Лабоараторные критерии субклинического гипотиреоза:
- повышение базального уровня ТТГ
 - нормальный уровень Т4св
- С целью диагностики причины первичного гипотиреоза проводятся следующие исследования:
- УЗИ щитовидной железы (по показаниям)
 - сцинтиграфии щитовидной железы (при наличии показаний)
 - пункционной биопсии щитовидной железы (при подозрении на аутоиммунный тиреодит)
 - определения антител к тиреопероксидазе (при подозрении на аутоиммунный тиреодит)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Субклинический первичный гипотиреоз дифференцируют с теми же заболеваниями и состояниями, что и клинически выраженный первичный гипотиреоз.

- Возможные причины гиперсекреции ТТГ:
- неонатальный период (в течение 48 часов после родов у новорожденного происходит физиологический выброс ТТГ)
 - влияние фармакологических препаратов: метоклопрамид, сульпирид, амиодарон
 - центральный гипотиреоз (небольшое повышение уровня ТТГ в сочетании со значительным снижением уровня тиреоидных гормонов в крови встречается у 25 % больных с гипофизарным и гипоталамическим гипотиреозом)
 - резистентность к тиреоидным гормонам - это редкая врожденная патология, обусловленная мутацией гена b-рецептора тиреоидных гормонов; резистентность может быть генерализованной (клинически соответствует гипотиреозу или эутиреозу) или частичной гипофизарной (клинически соответствует гипертиреозу) – в обоих случаях уровень ТТГ незначительно повышен или нормальный при повышенном содержании тиреоидных гормонов в крови, что и является дифференциально-диагностическим критерием.
 - тиреотропинома (ТТГ-продуцирующая аденома гипофиза; встречается редко)
 - психические заболевания (в острой фазе психических заболеваний у 25 % больных на протяжении первых двух-трех недель стационарного лечения выявляют повышенные уровни ТТГ и свТ4 в крови)
 - первичная надпочечниковая недостаточность
 - синдром эутиреоидной патологии (у тяжело больных людей с различными соматическими заболеваниями, травмами в стадии выздоровления уровень ТТГ в крови может транзиторно повыситься при нормальном или сниженном уровне тиреоидных гормонов)
 - хроническая почечная недостаточность (вследствие накопления в крови метаболитов и лекарственных препаратов, влияющих на связывание тиреоидных гормонов и, возможно, на их биологический эффект)

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

При субклиническом гипотиреозе вопрос о заместительной терапии решается индивидуально. Принимая во внимание высокую частоту дислипидемий, а также повышенный риск развития атеросклероза и инфаркта миокарда, считается оправданным назначение препаратов левотироксина в случае субклинического гипотиреоза. В настоящее время существуют точно дозированные препараты левотироксина с большим выбором дозировок: 25, 50, 75, 100, 125, 150 мкг левотироксина в таблетке.

Прежде чем начинать лечение, следует убедиться, что субклинический гипотиреоз не носит транзиторный характер.

- Показаниями к назначению заместительной терапии левотироксином являются:
- стойкий характер субклинического гипотиреоза при уровне ТТГ ≥ 10 мЕд/л или при уровне ТТГ между 5 и 10 мЕд/л и наличии сопутствующей дислипидемии
 - детям и подросткам рекомендуется назначать заместительную терапию при превышении ТТГ верхней границы нормы
- Оптимальное целевое значение уровня ТТГ, к которому нужно стремиться, составляет 0,5 - 2,0 мЕд/л. Как правило, доза препарата подбирается индивидуально, в зависимости от возраста пациента и наличия сопутствующей кардиальной патологии. Всю суточную дозу препарата можно принимать однократно, желательно утром, натощак, не менее чем за 30 мин до еды. У лиц моложе 50 лет при отсутствии сердечно-сосудистой патологии первоначальная доза препарата может составить 25–50 мкг. У лиц более старшего возраста, особенно при наличии сопутствующей кардиальной патологии, следует проявлять большую осторожность, так как назначение заместительной терапии может вызвать обострение недиагностированного заболевания сердца.
- Исследование уровня ТТГ проводится не ранее чем через 2–3 месяца после подбора полной заместительной дозы препарата. В том случае, если доза была изменена в процессе лечения, определение уровня ТТГ также должно проводиться не ранее чем через 2–3 месяца.
- Контроль уровня ТТГ обычно осуществляется 1 раз в год или при появлении признаков декомпенсации заболевания.

ПРОГНОЗ

Наличие субклинического гипотиреоза существенно повышает риск развития клинически выраженного гипотиреоза. Так, среди лиц старше 65 лет с бессимптомным повышением уровня ТТГ симптомы гипотиреоза развиваются у 80 % больных в течение 4 лет наблюдения. Риск развития явного гипотиреоза также выше у лиц, имеющих не только повышение уровня ТТГ, но и высокий титр антител к тиреопероксидазе. Прогноз больных также зависит от давности гипотиреоза (при длительно существующем гипотиреозе особое значение для прогноза больных приобретают сердечно-сосудистые заболевания вследствие ускоренного атеросклероза), адекватности терапии и развития осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дедов И. И., Мельниченко Г.А., Свириденко Н.Ю. и др. Диагностика, профилактика и лечение ятрогенных йод индуцированных заболеваний щитовидной железы // Вестник РАМН. - № 2. - 2006. - С. 15–22.
- 2 Свириденко Н. Ю., Молашенко Н. В., Платонова Н. М. и др. Кардиальные и эндокринные аспекты применения амиодарона в современной практике лечения нарушений ритма сердца: метод. пособие. - М.: 2005.
- 3 Сердюк С. Е., Бакалов С. А., Голицин С. П. и др. Состояние липидного спектра крови у больных гипотиреозом, вызванным длительным применением амиодарона. Влияние заместительной терапии L-тироксином Кардиология. - № 2. -2005. - С. 22–27.

М.О. ШЕРМАХАНОВА

ТЕРАПЕВТ ПРАКТИКАСЫНДАҒЫ ГИПОТИРЕОЗДЫҢ СУБКЛИНИКАЛЫҚ ТҮРІ

Түйін: Жасырын ағымды субклиникалық гипотиреоз 65жастан асқан қарт адамдарда ТТГ гормонмөлшерінің жоғарылауына себеп бола отырып,80% мөлшерінде айқын гипотиреоз сырқатын 4 жыл шамасында дамуына әкеліп соқтыратыны анықталды.

Түйінді сөздер: субклиникалық гипотиреоз, антиденелер, тиреопероксидаза, гормондар

Resume: The presence of subclinical hypothyroidism increases the risk of developing clinically significant hypothyroidism. For example, among people over 65 years with an asymptomatic increase in TSH hypothyroidism symptoms occur in 80% of patients within four years of observation.

Keywords: subclinical, hypothyroidism increases, significant hypothyroidism