

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ЭНДОКРИНОЛОГОВ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ДЕТЕЙ

Составители: Э. П. Касаткина, М. И. Мартынова, В. А. Петеркова, Л. Н. Самсонова, Л. В. Сапелкина, Т. В. Семичева, Д. Е. Шилин

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) — хроническое заболевание, которое в детском и подростковом возрасте отличается рядом особенностей клинической картины и течения, обусловленных недавним дебютом заболевания и поэтому минимальными морфофункциональными изменениями щитовидной железы (ЩЖ) на начальных стадиях иммунопатологического процесса.

1. Критерии диагностики

Диагностическими критериями АИТ (гипертрофическая форма АИТ, зоб Хасимото) у детей и подростков следует считать совокупное наличие следующих признаков:

- увеличение объема ЩЖ более 97-го перцентиля нормативных значений для данного пола (по нормативам ВОЗ 2001 г. — из расчета на площадь поверхности тела);
 - наличие антител к тиреоидной пероксидазе — ТПО (или к микросомальной фракции тироцитов — МФ) в высоких титрах;
 - наличие характерных ультразвуковых изменений структуры ЩЖ (диффузная гетерогенность и сниженная эхогенность).
- Снижение функции ЩЖ у детей и подростков с АИТ не является облигатным симптомом заболевания и не может служить его основным диагностическим критерием. Однако наличие приобретенного первичного гипотиреоза в детском и подростковом возрасте следует расценивать как результат АИТ (атрофической или гипертрофической формы).

Диагноз АИТ носит вероятностный характер у пациентов, имеющих:

- увеличение ЩЖ и характерное изменение ее эхоструктуры по данным УЗИ в отсутствие антител к ТПО (МФ);
- увеличение ЩЖ и наличие антител к ТПО (МФ) в отсутствие характерных изменений эхоструктуры тиреоидной ткани по данным УЗИ;
- увеличение ЩЖ в отсутствие характерных ультразвуковых изменений и высокого уровня антитиреоидных аутоантител в случаях повышенного индивидуального риска АИТ (наличие у ребенка аутоиммунных заболеваний эндокринного и неэндокринного характера, наличие у ближайших родственников аутоиммунных заболеваний ЩЖ).

В этих случаях для верификации диагноза возможно проведение тонкоигольной пункционной биопсии зоба.

2. Лечение АИТ у детей и подростков

В настоящее время отсутствуют доказательства эффективности каких-либо методов воздействия на собственно аутоиммун-

ный процесс в ЩЖ (иммунодепрессанты, иммуномодуляторы, глюкокортикоиды, плазмаферез, препараты тиреоидных гормонов).

Терапия левотироксином показана:

- детям, имеющим явное снижение тиреоидной функции (повышение уровня ТТГ и снижение уровня cT_4);
- детям с субклиническим гипотиреозом (нормальные уровни cT_4 и повышенные уровни ТТГ, подтвержденные двукратным исследованием);
- детям со значительным увеличением объема ЩЖ (более чем на 30% от верхней границы нормы) при нормальных показателях cT_4 и уровне ТТГ выше 2 мЕд/л — для профилактики узлообразования и компрессии. Пациентам этой группы лечение следует проводить до нормализации размеров ЩЖ под контролем УЗИ и гормональных показателей 1 раз в 6 мес.

Левотироксин следует назначать в адекватной дозе. Критерием адекватности проводимой терапии следует считать достижение нормального уровня ТТГ и стойкое сохранение его на оптимальном уровне (0,5—2 мЕд/л).

Детям, имеющим диффузный зоб с неоднородной структурой, при отсутствии антител к ТПО рекомендуется назначение йодида калия в дозе 200 мкг/сут сроком на 6—12 мес. При положительном эффекте терапии (зоб уменьшился или исчез) зоб трактуется как эндемический (йоддефицитный) и прием йодида калия продолжают. При отсутствии эффекта (зоб прогрессирует) назначают терапию левотироксином.

Пациенты с АИТ, проживающие в районе йодного дефицита, могут получать физиологические дозы йода (100—200 мкг).

3. Наблюдение детей и подростков с АИТ

- Все дети с установленным и вероятностным диагнозом АИТ нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении.
- Гормональное обследование (ТТГ и cT_4) следует проводить всем детям при первичном обследовании и 1 раз в 6 мес пациентам, не получающим терапию. У пациентов, получающих терапию, следует контролировать уровень ТТГ 1 раз в 6—12 мес.
- Контрольное ультразвуковое исследование ЩЖ следует проводить всем детям 1 раз в 6—12 мес.
- Повторное исследование антитиреоидных антител у детей с установленным диагнозом АИТ проводить нецелесообразно, так как они не имеют прогностического значения в развитии заболевания. У детей с вероятностным диагнозом АИТ при отсутствии антител при первичном обследовании показано их повторное определение в течение 1-го и 2-го года наблюдения.

◆ ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2003

УДК 616.441-008.61-06:616.127-005.8]-036.1

Г. П. Рунов, Н. Н. Боровков, Ю. В. Фурменкова

Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНОЙ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. Н. Н. Боровков) Нижегородской государственной медицинской академии

Утверждение о том, что инфаркт миокарда у больных с тиреотоксикозом встречается крайне редко, общеизвестно. Эта закономерность связана со снижением склонности к тромбообразованию под действием тиреоидных гормонов (увеличение сосудистой скорости кровотока, снижение активности свертывающей системы крови и активация противосвертывающей системы, снижение

уровня общего холестерина, β -липопротеидов, триглицеридов, холестерина липопротеидов низкой плотности) [2—4, 6, 7]. Установлено, что препараты гормонов щитовидной железы даже способствуют обратному развитию экспериментального атеросклероза [7].

В то же время большинство авторов утверждают, что избыток тиреоидных гормонов повышает активность симпатно-адре-