

ТИРЕОИДНЫЕ АКЦЕНТЫ В ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

Мохорт Т. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь, Минск

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) у женщин встречаются в 3–10 раз чаще, чем у мужчин, что определяет актуальность проблемы. Акценты на новые данные и подходы включают особенности диагностики и ведения различной патологии ЩЖ.

При диагностике патологии ЩЖ важно помнить, что прием биотина, широко используемого для улучшения качества ногтей и волос, может сопровождаться ложно высокими уровнями Т4 и Т3 и низким ТТГ, что может быть распознано как тиреотоксикоз, который встречается у женщин в 8 раз чаще, чем у мужчин.

Самая частая причина тиреотоксикоза — болезнь Грейвса (БГ) — аутоиммунная патология, вызванная стимулирующими антителами к рецептору ТТГ, которая может сочетаться с узловым зобом, тиреоидной автономией и раком щитовидной железы. Традиционно, лечение БГ основано на использовании тиреостатиков, тотальной тиреоидэктомии и радиоактивного йода. Важно соблюдать баланс рисков и преимуществ каждого варианта лечения, но в последние годы все чаще акцентируется внимание на повышении риска смерти от рака органов, избыточно накапливающих йод (рак молочной железы) и лейкемии в отдаленном периоде. В тоже время появились данные о позитивном потенциале дополнительного применения метотрексата с тиреостатической терапией в достижении ремиссии заболевания. БГ часто ассоциирована с развитием аутоиммунной орбитопатии (АИО), тактика лечения которой определяется выраженностью патологии. Но важно помнить, что наряду с облигатной депривацией курения, местными процедурами и использованием селена, при утяжелении АИО используются пульс-терапия метилпреднизолоном, тоцилизумаб и тепротумумаб. Новые данные свидетельствуют о том, что начало лечения статинами в течение 1-го года связано со снижением риска утяжеления АИО на 34–61 %.

Гипотиреоз встречается у 7–10 % женщин (против 2–3 % у мужчин), причем с возрастом частота выявления значительно возрастает и в 95 % случаев обусловлена аутоиммунным тиреоидитом. Поперечные и лонгитюдные исследования демонстрируют увеличение ТТГ с возрастом, что обусловлено популяционным сдвигом популяции, а не ростом заболеваемости гипотиреозом у пожилых. Также с возрастом увеличивается частота выявления антитиреоидных антител. Приведенные факты определяют осторожность в целесообразности лечения субклинического гипотиреоза, так как лечение может стать причиной ятрогенного гипертиреоза, сопровождающегося избыточной смертностью, обусловленной фибрилляцией предсердий, активацией протромботического статуса. Необходимость лечения манифестного гипотиреоза бесспорна, но новыми является потенциал назначения левотироксина натрия после завтрака с увеличением дозы на 30 %.

В настоящее время изменяются подходы к ведению беременности при патологии ЩЖ. Сохраняется актуальность использования добавок йода (100–150 мкг) при планировании, во время беременности и кормления грудью, несмотря на ликвидацию йодного дефицита в общей популяции. Субпопуляции с определенными факторами риска нарушений функции ЩЖ должны быть обследованы как можно раньше во время беременности, предпочтительно в 1 триместре. До наступления беременности женщинам с явным гипотиреозом рекомендуется титрование левотироксина натрия для достижения уровня $\text{TТГ} \leq 2,5$ мЕд/л и эмпирическое увеличение дозы (удвоение дозы 2 дня в неделю) с контролем каждые 4–6 нед до 20-ой недели, затем реже. Рутинное тестирование антител к ТПО не показано, но женщинам с позитивными антителами к ТПО рекомендуется тестирование ТТГ.

При гипертиреозе, требующем лечения, предпочтительно использование пропилтиоурацила с низким уровнем доказательности. В случае наличия эутиреоза на фоне приема низких доз тиреостатиков следует рассмотреть отмену тиреостатиков. В связи с новым обнаружением подавленного уровня ТТГ в сочетании с повышенным св.Т4 во время беременности, БГ следует отличать от транзиторного гестационного тиреотоксикоза, используя ряд клинических признаков, а также уровень антител к рецептору ТТГ, так как транзиторный гестационный тиреотоксикоз не требует лечения.

Широкое тестирование функции ЩЖ сопровождается оценкой уровня антител к ТПО и это ставит вопрос перед врачами. Хочется обратить внимание на описание аутоиммунного/воспалительного синдрома, ассоциированного с адьювантами (ASIA syndrome), причиной которого в современном мире могут стать соли алюминия (в т. ч. в вакцинах против ВПЧ, COVID, папилломавируса человека, гриппа и др.), различные медицинские имплантаты (силиконовые имплантаты, косметические филлеры, пропиленовые сетки), инфекционные агенты и др. С этой точки зрения важно знать, что в качестве потенциала лечения назначаются препараты селена, демонстрирующие свой потенциально только при АИО, но и при субклиническом гипотиреозе, обеспечивая снижение ТТГ и уровня антител к ТПО. Менее значима доказательная база при использовании безглютенной диеты и инозитола.

Узловой зоб встречается у 40–50 % взрослых (по данным УЗИ), при этом женщины подвержены заболеванию в 2–5 раз чаще, чем мужчина (риск увеличивается с возрастом, достигая 70–80 % у лиц старше 60 лет, причем в йододефицитных регионах показатели выше). Не вызывает сомнений польза использования международной системы стандартизации описания УЗИ ЩЖ TI-RADS, позволяющая минимизировать проведение токоигольной биопсии. Важным является потенциальное изменение подходов к лечению с использованием малоин-

важных хирургических вмешательств, включая этаноловую абляцию при наличии преимущественно кистозных образований, а также термо- и лазерной абляции при солидных узлах.

В завершение несколько слов о дифференцированном раке ЩЖ, при котором соотношение женщин и мужчин составляет 3:1, увеличиваясь до 4:1 на ранних стадиях. В рекомендациях 2025 г. представлены актуальные данные об активном наблюдении и термической абляции как вариантах лечения дифференцированного рака ЩЖ, пересмотрены целесообразность применения лечения радиоактивным йодом и роль подавления ТТГ, включены новые рекомендации по генетическому тестированию.