

Порушення функції щитоподібної залози: підвищення ефективності лікування

Наприкінці лютого 2023 року відбулося перше засідання нового сезону науково-освітнього проекту «Школа ендокринолога» за традицією – у форматі онлайн. У рамках професійної зустрічі завідувач відділу радіаційної ендокринології ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України» (м. Київ), доктор медичних наук Олексій Валентинович Камінський виступив із доповіддю, в якій розповів про порушення функції щитоподібної залози (ЩЗ) і можливості оптимізації лікування тиреоїдної патології.

Ключові слова: щитоподібна залоза, гіпотиреоз, йод, тиреотропний гормон, тироксин, тиреостатики, Альба.



О.В. Камінський

З порушеннями функції ЩЗ доволі часто стикаються у своїй клінічній практиці ендокринологи, сімейні лікарі та представники інших спеціальностей. За даними проведеного в Данії епідеміологічного дослідження, частота цієї патології становить приблизно 15%.

Функціональний стан ЩЗ впливає на всі тканини і системи організму, зокрема на серцевий ритм, артеріальний тиск, метаболізм ліпідів. У разі порушення її роботи є вірогідність розвитку серцевої недостатності, коронарного стенозу, тромбозу та інших загрозливих станів. Порушення функції ЩЗ також здатні погіршувати перебіг уже наявних захворювань.

У нормальному функціонуванні ЩЗ бере участь значна кількість вітамінів і мікроелементів: йод, селен, магній, залізо, коензим Q, вітаміни D та ін. Згідно з даними післяпублікаційного аналізу, ідеалізована верхня межа референтного показника рівня тиреотропного гормону (ТТГ) становить 2,5 мМО/л (R. Moncau et al., 2017).

Як свідчать результати багатьох епідеміологічних досліджень, найоптимальнішим рівнем ТТГ є 0,5–2,5 мОд/л, проте в більшості лабораторій нормальний діапазон рівня ТТГ перебуває в межах від 0,4 до 4,0 мОд/л. На основі цих референтних значень порушення функції ЩЗ поділяють на гіпотиреоз (нестача гормонів) і гіпертиреоз (надлишок гормонів).

Найчастіші причини розвитку гіпотиреозу:

- автоімунний тиреоїдит, що часто прогресує від субклінічного гіпотиреозу до стійкої потреби в замісній гормональній терапії (ЗГТ). Для лікування застосовують препарати тироксину, а також здійснюють профілактику розвитку вузлового зоба препаратами йоду;
- йодний дефіцит, перебіг якого часто має вигляд субклінічного гіпотиреозу, транзитного (приблизно 3–4 роки) або постійного. Для його лікування використовують препарати тироксину і йоду (наприклад, ЙоСен®);
- нестача/дефіцит вітаміну D. Такий дефіцит може призводити до розвитку гіпотиреозу і за перебігом бути транзитним або тимчасовим (приблизно 3–4 роки). Для лікування застосовують препарати тироксину і вітаміну D (наприклад, Декап®);
- післяопераційний гіпотиреоз, для лікування якого застосовують ЗГТ препаратами тироксину.

Варто зазначити, що субклінічний гіпотиреоз найчастіше спостерігається в зонах із помірним (середнім) йодним дефіцитом. Наслідки дефіциту йоду залежать від ступеня його вираженості. У разі легкого дефіциту є вірогідність розвитку вузлового зоба і гіпертиреозу, зниження здатності до навчання. За умови тяжкого дефіциту може мати місце розумова відсталість, кретинізм і відставання у фізичному розвитку в дітей.

Україна вважається зоною йодного дефіциту, який не був подоланий. За рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), добовою нормою йоду для людини віком від 12 років вважається доза 150 мкг. Окрім цього, люди є дуже чутливими до дефіциту йоду і стійкими до його надлишку.

Якщо в пацієнта є порушення функції ЩЗ, то рівень компенсації ТТГ в різних клінічних ситуаціях матиме певні відмінності. Так, у пацієнтів, які не приймають препарати тироксину чи тиреостатики, нормою рівня ТТГ вважають 0,4–4,0 мОд/л; у жінок, які планують вагітність, проте не приймають препарати тироксину, – 0,5–2,5 мОд/л; у пацієнтів, які приймають препарати тироксину, – 0,5–2,5 мОд/л; у вагітних жінок, що приймають препарати тироксину, – <2,5 мОд/л; у пацієнтів, які приймають тиреостатики, – 1,0–3,5 мОд/л. (табл.)

Таблиця. Відмінності нормативів ТТГ у різних клінічних випадках		
Пацієнти	ТТГ (мОд/л)	
не приймають препарати тироксину або тиреостатики	0,4 – 4,0	
не вагітні жінки, які не приймають препарати тироксину, але планують вагітність в теперішній час	0,5 – 2,5	
приймають препарати тироксину	0,5 – 2,5 (компенсація)	
вагітні, які приймають препарати тироксину	<2,5 (компенсація)	
приймають тиреостатики	1,0 – 3,5 (компенсація)	

Під час лікування гіпотиреозу на додачу до препаратів тироксину варто додавати препарати йоду та вітаміну D у правильному, індивідуально підбраному дозуванні. Арсенал доступних засобів для лікування різних порушень функції ЩЗ наразі обмежений – для лікування гіпотиреозу застосовують препарати L-тироксину, а для лікування гіпертиреозу – тиреостатики. Проте є можливість додаткового впливу на розвиток цих порушень, бо в разі застосування зазначених препаратів не завжди вдається досягти бажаного клінічного ефекту й мети лікування, терапевтичний процес затягується.

Корегувати ті чи інші порушення функції ЩЗ залежно від їх різновиду й тяжкості допомагають натуральні засоби з доведеною ефективністю виробництва ТОВ «ОмніФарма Київ», а саме дієтичні добавки ЙоСен® (калію йодат, натрію селеніт), Селенорм (L-селенометіонін), Декап® (холекальциферол), а також фітопрепарати – Ендомар, Альба®. Препарати йоду (наприклад, ЙоСен®) можна призначати пацієнтам із будь-якою тиреоїдною патологією, так само як і препарати селену (Селенорм), адже саме цих мікроелементів не вистачає пацієнтам із порушеннями функції ЩЗ.

Добавки вітаміну D є важливим доповненням до вже призначеної терапії, але з дотриманням індивідуально підбраного дозування – у кожного пацієнта воно буде різним. Одним із таких препаратів є Декап®, мінімальна доза якого для дорослого становить 2000 МО/день, стартова доза 5000 МО/шодня, а максимальна не перевищує 10 000 МО/день.

Також в арсеналі компанії є дієтичні добавки перстачу білого – Ендомар і Альба®, вони можуть бути доцільним доповненням до комплексного лікування пацієнтів як із гіпотиреозом (Ендомар і Альба®), так і з гіпертиреозом (Альба®). Комбінована добавка лапчатки білої Ендомар містить у своєму складі різні рослинні компоненти і є ефективним засобом для лікування хворих на гіпотиреоз. Були випадки, коли через деякий час застосування комбінованої терапії – гормональної і зазначених добавок – пацієнтам із субклінічним гіпотиреозом відміняли ЗГТ. Але варто пам'ятати, що ані тироксин, ані тиреостатики описані добавки не можуть замінити – вони є лише доповненням до лікування.

У процесі лікування субклінічного гіпертиреозу наявний так званий «перехідний стан», коли рівень ТТГ, згідно з міжнародними рекомендаціями, становить більш як 0,1 мОд/л, але менше 0,4 мОд/л – у цьому разі тиреостатики не застосовують. Проте в пацієнтів із рівнем ТТГ 0,2–0,3 мОд/л важливо запобігти прогресуванню стану, який потребував би стійкого прийому тиреостатиків, і саме завдяки додатковому лікуванню (препарати йоду і селену, вітаміну D, Альба®) є шанс позитивно вплинути на цей процес.

Дані, які їх було опубліковано в Данії 2019 року, свідчать про зниження рівня захворюваності на тиреотоксикоз (гіпертиреоз) на 50% за умови додавання йодованої солі до їжі впродовж останніх 15 років. Ці нові дані є доказом того, що саме нестача йоду призводить до розвитку тиреотоксикозу, а усунення цього дефіциту є профілактикою вузлового зоба і гіпертиреозу. Також, згідно з визначенням ВООЗ (2021), йододефіцитні розлади в період новонародженості, дитячого і підліткового віку можуть призвести до виникнення гіпотиреозу і гіпертиреозу (!), перш за все субклінічних їх форм, тому застосування йоду і препаратів вітаміну D може зменшити кількість таких пацієнтів.

Сьогодні в арсеналі лікування тиреотоксикозу (дифузного токсичного зоба) є:

- тиреостатики, які згідно із заявою Американської тиреоїдної асоціації (2015) є безпечними препаратами, що можуть застосовуватись

у будь-який час і стільки, скільки потрібно для успішного лікування пацієнтів;

- хірургічне лікування (резекція) в разі невдалого лікування консервативними методами;
- абляція (опромінення) радіоактивним йодом, яка забезпечує швидке одужання, але супроводжується ризиком розвитку віддалених ускладнень, а саме раку різних локалізацій, оскільки радіоактивний йод потрапляє не лише в ЩЗ, а й в інші тканини. Також за цього методу лікування можливий рецидив захворювання.

Для лікування гіпертиреозу, крім вищезгаданих засобів, є доступна, перевірена і надійна дієтична добавка Альба® – концентрат екстракту кореня перстача білого, який є єдиною частиною рослини, що має лікарські властивості. Альба® – це майже єдина добавка, що містить саме концентрат, екстракт біологічних компонентів, стандартизованих за біоактивними речовинами. Власне корінь перстача білого містить велику кількість біологічно активних компонентів – біофлавоноїдів, поліфенолів (до 33% від власного складу), танінів, які мають антиоксидантні, антимулагенні, протизапальні та імуномодуляторні властивості. На додачу до цих компонентів Альба® містить також значну кількість мікроелементів і вітамінів, які чинять позитивний вплив на процеси, що відбуваються в ЩЗ, запобігають розвитку автоімунних захворювань і контролюють ріст тирокситів, тобто є профілактикою розвитку вузлів і прогресуванню інших патологічних станів у залозі.

Альба® була апробована в низці незалежних клінічних досліджень: в Інституті ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України; Українському науково-практичному центрі ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів та тканин МОЗ України; ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»; Національному дослідженні препарату Альба® (понад 1 тис пацієнтів), а також в експериментальних випробуваннях.

Важливою речовиною у складі добавки Альба® є кверцетин – потужний антиоксидант, який має протипухлинні і мембраностабілізуючі властивості. Останні були підтверджені під час багатьох експериментальних досліджень і продемонстрували свою клінічну ефективність, що було показано в Національному мультицентровому дослідженні за участю 1252 пацієнтів із різною тиреоїдною патологією: автоімунним тиреоїдитом – 20%, дифузним нетоксичним зобом – 26%, вузловим зобом – 42%, гіпотиреозом – 5%, гіпертиреозом – 7%.

У рамках дослідження вивчали динаміку змін об'єму ЩЗ на тлі застосування добавки Альба® впродовж 6 міс, що дало можливість досягти статистично значущого зменшення об'єму ЩЗ (p<0,001). Що більшими були початкові розміри ЩЗ, то виразнішим був ефект.

Позитивні результати були отримані в пацієнтів із вузловим зобом – майже в усіх учасників спостерігали поступове зменшення розмірів вузлів завдяки біологічно активним речовинам, йоду, селену та ін. ЩЗ здатна нормально функціонувати саме на тлі застосування Альба® за рахунок мембраностабілізуючих властивостей щодо тиреоцитів.

Отже, підхід до лікування захворювань ЩЗ має бути комплексним і охоплювати застосування як основних терапевтичних препаратів, так і додаткових засобів, таких як препарати йоду, вітаміну D, селену та інших біоактивних речовин для запобігання йододефіциту, розвитку гіпо- і гіпертиреозу та інших патологічних станів ЩЗ.

Підготувала **Дарина Павленко**

Прослухати та подивитись доповідь можна тут:

