А.М. Кваченюк, д.м.н., ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», м. Київ

Особливості замісної терапії тиреоїдними гормонами у пацієнтів похилого віку

А.М. Кваченюк

Клінічний і субклінічний гіпотиреоз – один з найбільш розповсюджених станів у практиці лікаря-ендокринолога після цукрового діабету 2 типу. За різними даними, частота клінічного гіпотиреозу серед населення сягає 2%. Разом з тим субклінічний (латентний) гіпотиреоз більш розповсюджений, його діагностують у 5-10 разів частіше за клінічний – у 7-10% жінок і 2-3% чоловіків. Кожен рік до 5% випадків латентного (субклінічного) гіпотиреозу переходить у клінічний.

Згідно з результатами дослідження частота вперше діагностованого клінічного гіпотиреозу серед жінок становила 4,1 на 1000 населення на рік, а серед чоловіків – 0,6 на 1000 на рік. Якщо провести епідеміологічний аналіз розповсюдженості гіпотиреозу серед хворих похилого віку, то у віковій групі населення понад 60 років гіпотиреоз виявляють у 6-12%. Незважаючи на досить тривалу історію – ще 1873 року W.W. Gull уперше зробив клінічний опис мікседеми, а через сто років (1973) D. Everd створив сучасну концепцію гіпотиреозу, однією з найбільш складних груп пацієнтів з гіпотиреозом залишаються хворі геріатричної практики. Перш за все це пов'язано з великою кількістю і важкістю супутньої патології, необхідністю медикаментозної корекції цих станів, а також загальним психосоматичним статусом хворого.

У хворих похилого віку найчастіше діагностують первинний гіпотиреоз, який пов'язують з такими факторами:

- тиреоїдектомією чи субтотальною резекцією щитовидної залози;
- застосуванням тиреостатичної терапії в анамнезі;
- лікуванням тиреотоксикозу радіоактивним йодом;
- променевою терапією ділянки шиї при захворюваннях, не пов'язаних із щитовидною залозою;
- застосуванням медикаментозних засобів (аміодарону, йодиду калію та ін.);
- атрофічною формою аутоімунного тиреоїдиту;
- станом йодного дефіциту;
- курінням (активне чи пасивне куріння, особливо за наявності підвищеного титру антитіл, швидше викликає розвиток гіпотиреозу за рахунок умісту в тютюновому димі тіоціанідів, що мають зобогенний ефект);
- факторами, які важко піддаються класифікації (наприклад, гіпотиреоз можна діагностувати в осіб з гіпонатріємією неясного генезу, підвищеним умістом креатинфосфокінази, лактатдегідрогенази, макроцитозом чи анемією та ін.).

В осіб похилого віку клінічне значення гіпотиреозу визначають такі фактори:

- повільний розвиток симптоматики, непомітний як для хворого, так і для оточуючих;
- багатогранність проявів гіпотиреозу, яка пролонгує час діагностичного пошуку і, як наслідок, пізніший початок медикаментозної корекції, а також розвиток ускладнень;
- різноманітність симптоматики із залученням до процесу майже всіх органів і систем організму.

Незважаючи на порівняно виразну симптоматику, діагностика гіпотиреозу, особливо у хворих похилого віку, має певні труднощі. Це зумовлено переважанням у цієї категорії хворих симптомів з боку певної системи. За різними даними, на першому році від початку розвитку патології правильний діагноз поставили 34% пацієнтів, а у 9% хворих до початку адекватної терапії проходило більше 10 років, що зумовлено неправильним трактуванням пацієнтом своєї хвороби. У зв'язку з цим під час клінічної верифікації гіпотиреозу, особливо у хворих похилого віку, найбільш інформативним методом є лабораторне дослідження. Маркером зниженої секреторної функції щитовидної залози є підвищення рівня тиротропного гормону (ТТГ), який знаходиться в логарифмічній залежності з рівнем тироксину (T_4) (так, навіть за мінімального зниження T_4 відмічається багаторазове збільшення ТТГ). При вторинному гіпотиреозі знижуються рівні як ТТГ, так і T_4; у деяких випадках для диференційної діагностики між первинним і вторинним гіпотиреозом проводять тест з тироліберином.

Під час клінічного обстеження хворих важливе значення має ультразвукове дослідження щитовидної залози. Важливими змінами для діагностики гіпотиреозу й вибору лікувальної тактики є аплазія чи гіпоплазія щитовидної залози, ехографічні ознаки аутоімунного тиреоїдиту, дифузні чи вузлові зміни та ін.

У ході численних досліджень доведено, що оптимальним методом лікування гіпотиреозу є застосування L-тироксину в індивідуально підібраних адекватних дозах. Згідно з рекомендаціями Американської тирологічної асоціації навіть граничні значення ТТГ – від 2,01 до 5,00 мМЕ/л – за наявності антитиреоїдних антитіл служать показанням для застосування препаратів L-тироксину, а рівень ТТГ, що перевищує 5,00 мМЕ/л, без сумніву, є прямим показанням для цього виду терапії.

Багатьма дослідженнями доведено, що замісна гормональна терапія L-тироксином попереджає перехід субклінічного гіпотиреозу у клінічний. Терапія гіпотиреозу в пацієнтів похилого віку має певні труднощі:

- організм людини похилого віку більш чутливий до впливу тиреоїдних гормонів;
- з віком частіше і швидше проявляються ознаки передозування тиреоїдними гормонами, що супроводжується в тому числі й порушеннями з боку діяльності серцево-судинної системи;
- наявність супутньої патології, що потребує постійного чи курсового застосування препаратів та ін.

Таким чином, хворі старшої вікової групи потребують менших доз, ніж молоді, приблизно на 20-40%, що в середньому становить 0,9 мкг/кг ваги тіла. Проте в осіб з ожирінням розрахунок необхідної терапевтичної дози потрібно проводити на 1 кг ідеальної маси тіла. Оптимізувати підбір терапевтичної дози у пацієнтів похилого віку можна за допомогою препарату Баготирокс (левотироксин натрій) виробництва «Bago Group», Аргентина, який випускають у дозах 50, 100 і 150 мкг. Баготирокс виготовляють за технологією FlexiDose, яка забезпечує фрагментацію таблетки зі збереженням певної кількості діючої речовини у кожній із частин. Це дає змогу навіть пацієнтам старечого віку легко розділити її на чотири рівні частини. Початкова доза левотироксину у хворих похилого віку становить не більше ніж 25 мкг/добу для мінімізації ризику розвитку серцево-судинних ускладнень. Поряд з цим повна доза замісної гормональної терапії може становити 50 мкг/добу, що можливо у разі застосування препарату Баготирокс. Як правило, початкову дозу призначають на 4-6 тижні (у деяких випадках тривалість збільшують до 2-4 міс), далі продовжують динамічне дослідження рівня ТТГ. Якщо він не досягає нормальних значень, то дозу препарату збільшують. Контроль значення ТТГ проводять кожні 3 міс терапії, а після досягнення еутиреозу – кожні 6 міс.

Певні труднощі мають пацієнти з поєднаною патологією – гіпотиреозом і стенокардією. Цікаві дані отримав L. Braverman. Так, під час замісної терапії L-тироксином у пацієнтів зі стенокардією напруження в анамнезі у 17% з них відмічали погіршення перебігу кардіальної патології, у 38% – зникнення клінічних проявів кардіалгії, у 45% не відмітили змін у стані. Беручи до уваги вищевикладене, під час лікування пацієнтів з поєднанням стенокардії (без залежності від класу і типу) і гіпотиреозу доцільно додержуватися таких вимог:

- починати терапію необхідно з мінімальних доз тиреоїдних препаратів, а титрування дози має бути повільним і поступовим, з постійним контролем як тиреоїдного гормонального статусу, так і кардіальних показників (оцінюють динамічні зміни рівнів артеріального тиску й частоти серцевих скорочень, ЕКГ та ін.);
- у разі розвитку інфаркту міокарда необхідна відміна препарату, надалі дозу тиреоїдних засобів потрібно зменшити, а гормональний статус частіше контролювати;
- оптимальними для лікування є препарати левотироксину, що зумовлено досить тривалим періодом їх напівжиття і дає можливість підтримувати стабільну концентрацію тиреоїдних гормонів протягом доби за використання один раз на добу.

Таким чином, застосування препарату Баготирокс у пацієнтів похилого віку має такі переваги:

- таблетований препарат випускається у трьох стандартних дозах – 50, 100 і 150 мкг, що дає можливість виходити на будь-які ініціальні та підтримуючі добові дозування;
- препарат зручний для титрування дози – прямокутні таблетки з трьома рисками на кожному боці, щоб можна було розділити її на чотири рівні частини (доступно людині похилого віку) зі збереженням у кожній з частин точної кількості L-тироксину;
- препарат має доведену терапевтичну ефективність і безпеку при досягненні цільових показників лікування.

Список літератури знаходиться в редакції.