УДК 616.441-008.64

Ойбутаева Наргиза Улугбек кизи

Худаймуратов Файёзбек Обиджон угли

Научный руководитель: Эргашев Мансур Абдукаримович, PhD, доцент

Ташкентский государственный медицинский университет, Термезский филиал, Термез, Узбекистан

ГИПОТИРЕОЗ — СКРЫТЫЙ ВРАГ: НЕЗАМЕТНЫЕ СИМПТОМЫ

Аннотация. Гипотиреоз — распространённое эндокринное заболевание, проявления которого часто неспецифичны и развиваются постепенно. В статье обобщены данные современных научных обзоров и клинических рекомендаций 2024–2025 годов о причинах, диагностике и лечении гипотиреоза. Рассмотрены различия между манифестным, субклиническим и центральным гипотиреозом, а также влияние заболевания на сердечно-сосудистую, когнитивную и репродуктивную функции. Подчёркнуто значение лабораторного подтверждения диагноза и индивидуального выбора терапии.

Ключевые слова: гипотиреоз; скрытые симптомы; тиреотропный гормон; тиреоидит Хашимото; субклинический гипотиреоз; левотироксин.

Oybutayeva Nargiza Ulug‘bek qizi; Xudaymuratov Fayyozbek Obidjon o‘g‘li

Scientific supervisor: Ergashev Mansur Abdukarimovich, PhD, Associate Professor

Tashkent State Medical University, Termez Branch, Uzbekistan

HYPOTHYROIDISM: THE HIDDEN ENEMY BEHIND SILENT SYMPTOMS

Abstract. Hypothyroidism is a common endocrine disorder whose symptoms are often nonspecific and develop gradually. This narrative review summarizes recent scientific reviews and clinical recommendations published in 2024–2025 concerning its causes, diagnosis and treatment. It distinguishes overt, subclinical and central hypothyroidism and discusses cardiovascular, cognitive and reproductive consequences. The importance of biochemical confirmation and individualized treatment is emphasized.

Keywords: hypothyroidism; hidden symptoms; thyroid-stimulating hormone; Hashimoto thyroiditis; subclinical hypothyroidism; levothyroxine.

Введение

Гормоны щитовидной железы регулируют энергетический обмен, термогенез, работу сердечно-сосудистой системы, нервную и репродуктивную функции. Поэтому их дефицит может проявляться симптомами, которые на первый взгляд не связаны между собой. Согласно обзору JAMA 2025 года, распространённость гипотиреоза в разных популяциях составляет от 0,3 до 12% в зависимости от обеспеченности йодом и диагностических критериев; женщины и пожилые люди страдают чаще [1]. Этот диапазон нельзя рассматривать как универсальную оценку распространённости. Выражение «скрытый враг» характеризует сложность распознавания болезни, а не неизбежность тяжёлого исхода. Утомляемость и прибавка массы тела сами по себе не подтверждают гипотиреоз [1–3].

Материалы и методы

Работа представляет собой повествовательный обзор опубликованной литературы, а не оригинальное клиническое исследование или систематический метаанализ. Приоритет отдан обзорам и рекомендациям 2024–2025 годов, дополненным авторитетными клиническими информационными ресурсами. Набор пациентов, новые лабораторные исследования и собственный статистический анализ не проводились.

Этиология и патофизиология

Первичный гипотиреоз возникает при недостаточной выработке гормонов щитовидной железой. В регионах с достаточным поступлением йода ведущая причина — хронический аутоиммунный тиреоидит Хашимото; по данным обзора JAMA, его доля может достигать 85% случаев первичного гипотиреоза в таких условиях [1]. Другие причины включают дефицит йода, операции на щитовидной железе, радиойодтерапию, облучение шеи, приём амиодарона, лития и некоторых ингибиторов иммунных контрольных точек [1,2]. Центральный гипотиреоз связан с патологией гипофиза или гипоталамуса. При нём ТТГ может быть низким либо неадекватно нормальным при сниженном свободном Т4; следовательно, одного определения ТТГ недостаточно [3,4].

Почему симптомы остаются незамеченными

Клинические проявления часто нарастают постепенно: слабость, зябкость, сухость кожи, запоры, замедленное мышление, снижение настроения, мышечный дискомфорт и увеличение массы тела. Их ошибочно связывают с возрастом, стрессом, нарушениями питания или депрессией [1–3]. Ни один симптом не является достаточно специфичным. В обзоре JAMA 2025 года утомляемость отмечалась примерно у 68–83% пациентов, прибавка массы тела — у 24–59%, когнитивные жалобы — у 45–48%, нарушения менструального цикла — приблизительно у 23% [1]. Эти значения взяты из ранее опубликованных исследований и не являются результатами нового наблюдения.

Диагностическая стратегия

При подозрении на первичную дисфункцию щитовидной железы первоначально обычно определяют ТТГ сыворотки крови. Свободный Т4 позволяет отличить манифестный гипотиреоз от субклинического и особенно важен при подозрении на центральную форму. Повышенный ТТГ при сниженном свободном Т4 соответствует манифестному первичному гипотиреозу; повышенный ТТГ при нормальном свободном Т4 — субклиническому [1,4]. Низкий либо неадекватно нормальный ТТГ при низком свободном Т4 требует оценки гипофизарной функции [4]. Антитела к тиреопероксидазе помогают уточнить аутоиммунную природу болезни. УЗИ не требуется только ради подтверждения биохимического гипотиреоза, если нет пальпируемых изменений или иных показаний. При пограничных показателях может потребоваться повторный анализ [2,4].

Сердечно-сосудистые и метаболические последствия

Дефицит тиреоидных гормонов способен снижать частоту сердечных сокращений и сократимость миокарда, повышать общий холестерин и холестерин липопротеинов низкой плотности. Обзор Thyroid Research 2025 года описывает связь гипотиреоза с дислипидемией, сосудистыми нарушениями и неблагоприятными сердечно-сосудистыми исходами [5]. Однако значительная часть данных об исходах носит наблюдательный характер: это не доказывает, что лечение каждого случая лёгкого субклинического гипотиреоза предотвращает события. При манифестной форме восстановление эутиреоза нередко улучшает липидные показатели, тогда как избыточная заместительная терапия повышает риск аритмий [1,5].

Психическое здоровье и когнитивные функции

Гипотиреоз может сопровождаться депрессивными проявлениями, замедлением мышления и жалобами на память. Эти симптомы имеют множество возможных причин, поэтому анализы функции щитовидной железы дополняют, но не заменяют полноценную клиническую оценку. Улучшение на фоне левотироксина неодинаково у разных пациентов; сохранение жалоб при нормализации ТТГ требует поиска других причин, а не автоматического увеличения дозы [1,2].

Репродуктивное здоровье и особые группы

Гипотиреоз может нарушать овуляцию, менструальный цикл и фертильность, а также быть связан с неблагоприятными исходами беременности. При планировании беременности и во время неё применяют

специальные рекомендации и соответствующие референсные интервалы [1,2]. У пожилых пациентов возрастные особенности ТТГ и неспецифичность жалоб затрудняют интерпретацию результатов. При ишемической болезни сердца и высоком риске аритмий левотироксин назначают и титруют осторожнее. При центральном гипотиреозе лечение контролируют преимущественно по свободному Т4; при подозрении на гипофизарную патологию необходимо предварительно оценить сопутствующую надпочечниковую недостаточность [4].

Лечение: доказанные подходы и дискуссионные вопросы

Левотироксин (синтетический Т4) — препарат первой линии при манифестном первичном гипотиреозе. Дозу подбирают с учётом возраста, массы тела, сопутствующих заболеваний, тяжести дефицита и беременности. Европейские рекомендации 2025 года обращают внимание на влияние времени приёма, пищи, лекарственных взаимодействий и кишечного всасывания на эффективность терапии [6]. Обычно ТТГ повторно оценивают примерно через 6–8 недель после начала лечения или изменения дозы; после стабилизации контроль проводят реже, нередко ежегодно [1,3]. Препараты кальция, железа, некоторые средства, подавляющие кислотность, и пища могут влиять на всасывание левотироксина. При недостаточном эффекте сначала оценивают соблюдение режима приёма и взаимодействия [6]. При субклиническом гипотиреозе решение зависит от стойкости и степени повышения ТТГ, возраста, симптомов, репродуктивных планов и сопутствующих заболеваний. При устойчивом ТТГ около 10 мМЕ/л и выше лечение рассматривают чаще, а при небольшом повышении необходим индивидуальный подход [2,4].

Сохраняющиеся симптомы при нормальных анализах

У части пациентов усталость и снижение качества жизни сохраняются после нормализации тиреоидных показателей. Обзор Lancet 2024 года рассматривает эту проблему и обсуждение схем с добавлением Т3 [2]. Следует оценить сон, анемию, расстройства настроения, побочные эффекты лекарств и другие эндокринные и неэндокринные причины. Комбинированная терапия не считается стандартным первоначальным выбором для большинства пациентов [2,6].

Значение для общественного здравоохранения

Осведомлённость врачей о неспецифических проявлениях гипотиреоза способствует своевременной диагностике. Однако рутинный массовый скрининг всех бессимптомных взрослых не рекомендован в цитируемом современном обзоре [1]. Предпочтительнее целевое обследование при характерном сочетании жалоб и факторов риска: аутоиммунном анамнезе, перенесённых вмешательствах на щитовидной железе, приёме влияющих на неё препаратов [1–3]. Просветительская работа должна одновременно объяснять необходимость оценки длительных необъяснимых симптомов и невозможность постановки диагноза по одному перечню жалоб. Следует учитывать риски гипердиагностики и избыточного лечения [1,6].

Ограничения обзора

Данная работа обобщает избранные опубликованные источники и не является систематическим обзором. Полный поиск по базам данных, формальная оценка риска систематической ошибки и объединённый метаанализ не проводились. Частоты симптомов получены из предшествующих публикаций и зависят от состава выборок и методов исследований. Национальные рекомендации могут различаться.

Заключение

Гипотиреоз может долго оставаться нераспознанным из-за постепенного развития неспецифических симптомов. Современные данные поддерживают последовательный подход: выявление характерных сочетаний жалоб и факторов риска, подтверждение нарушений по ТТГ и свободному Т4, разграничение манифестной, субклинической и центральной форм и индивидуальный выбор терапии. Левотироксин

остаётся основой лечения манифестного первичного гипотиреоза, однако необходимы правильный подбор дозы и наблюдение. Ответ на проблему «скрытого врага» — не поголовное тестирование и не автоматическое назначение препаратов, а точная диагностика и обоснованная помощь.

Использованные источники:

1. Chaker L., Papaleontiou M. Hypothyroidism: A Review // JAMA. 2025. Vol. 334, № 19. P. 1750–1760. DOI: 10.1001/jama.2025.13559.

2. Hypothyroidism // The Lancet. 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)01614-3.

3. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Hypothyroidism (Underactive Thyroid) [Электронный ресурс]. URL: https://www.niddk.nih.gov/health-information/endocrine-diseases/hypothyroidism

4. Italian guidelines for the management of adult individuals with primary hypothyroidism outside pregnancy. 2025 [Электронный ресурс]. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12518491/

5. Hypothyroidism: playing the cardiometabolic risk concerto // Thyroid Research. 2025. DOI: 10.1186/s13044-025-00233-y.

6. Centanni M. et al. ETA guidelines for the use of levothyroxine sodium preparations in monotherapy to optimize the treatment of hypothyroidism // European Thyroid Journal. 2025. Vol. 14, № 4. e250123. DOI: 10.1530/ETJ-25-0123.