

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00509&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00509. Обстеження пацієнта зі скаргами, що пов'язані зі щитоподібною залозою

Автор: Camilla Schalin-Jäntti  
Редактор оригінального тексту: Hanna Pelttari  
Дата останнього оновлення: 2017-08-08

Стислий довідник [посібник 000007] Disorders of thyroid fun...]

## Основні положення

- Оцінка функції щитоподібної залози, перш за все, ґрунтується на симптомах, результатах клінічного огляду та визначенні рівня концентрації ТТГ у сироватці крові.
- При гіпотиреозі, що виник внаслідок ураження щитоподібної залози (первинний гіпотиреоз), концентрація ТТГ у сироватці крові збільшується, а при гіпертиреозі, відповідно, зменшується (у більшості випадків — це неможливо виміряти).
- При рідкісному гіпофізарному гіпотиреозі (центральний гіпотиреоз), концентрація ТТГ у сироватці крові може знижуватись або залишатись у межах референтних значень, а концентрація вільного Т4 знижується.
- Центральний гіпертиреоз зустрічається дуже рідко. При цьому стані концентрація ТТГ може залишатись в межах референтних значень або підвищуватись, при цьому — концентрація Т4 підвищується.
- У пацієнтів із замісною терапією тироксином концентрацію ТТГ варто інтерпретувати по-іншому: молоді пацієнти на замісній терапії, зазвичай, почувають себе найкраще, коли концентрація ТТГ сягає близько 1–2 мМО/л і концентрація вільного Т4 знаходиться на

верхній межі референтного інтервалу. Трохи старші пацієнти можуть почувати себе краще, коли концентрація ТТГ у сироватці крові знаходиться на верхній межі референтного інтервалу. Див. також

настанова  
00514 [Hypothyroidism].

- Лікування пацієнтів з онкологічними захворюваннями щитоподібною залозою потребує індивідуального підходу і проводиться у спеціалізованих відділеннях. Цільовим є рівень концентрації ТТГ у межах референтних значень або нижче. Див. також

настанова  
01064 [Спостереження за пацієнт...].

## Анамнез та клінічне обстеження

### Анамнез пацієнта

- Загальні симптоми, що можуть вказувати на дисфункцію щитоподібною залози: зміни регуляції температури тіла, частоти серцевих скорочень, порушення функції кишечника, зміни маси тіла, активності
- Місцеві симптоми, спричинені дисфункцією щитоподібною залози
- Захворювання та медикаменти, що впливають на функцію щитоподібною залози
  - Можливий вплив йоду (продукти з морських водоростей, йодовмісні ліки, наприклад, деякі протикашльові засоби, аміодарон, рентгеноконтрастні препарати)
  - Літій: у близько 30% осіб, які довготривало приймають препарати літію, розвивається постійний гіпотиреоз
- Порушення щитоподібною залози у родичів
- Куріння (фактор ризику ендокринної офтальмопатії)

### Клінічне обстеження

- Пальпація щитоподібною залози
  - Розмір
    - Чи залоза збільшена рівномірно?
    - Іноді збільшується лише одна частка.
  - Щільність
    - Підвищена при Грейвса хворобі (хворобі Базедовій) і при хронічному тиреоїдиті
  - Вузли (кількість і щільність)

- Найявний один вузол (типова ознака раку щитоподібної залози), чи результати вказують, наприклад, на багатовузловий зоб?
  - Чутливість
    - Характерна для підгострого тиреоїдиту [настанова 00511 | Підгострий тиреоїдит], іноді наявна при хронічному аутоімунному тиреоїдиті [настанова 00512 | Аутоімунний тиреоїдит]
- Частота серцевих скорочень
- Можливий тремор рук

## Лабораторні дослідження

- Класифікація порушень функцій щитоподібної залози відповідно до результатів лабораторних досліджень: див. табл. [табл. T1]

Таблиця T1. Класифікація порушень функцій щитоподібної залози

	Біохімічні критерії		Клінічна картина
	Концентрація ТТГ	Концентрації тиреоїдних гормонів	
<i>Порушення внаслідок ураження щитоподібної залози</i>			
Субклінічний гіпертиреоз	Нижче референтних показників	Вільні Т4 та Т3 знаходяться у межах референтних значень	Асимптомний перебіг або гіпертиреоз середнього ступеня
Гіпертиреоз	Нижче референтних значень	Підвищена концентрація вільних Т4 та/або Т3	Гіпертиреоз
Субклінічний гіпотиреоз	Вище референтних значень	Вільний Т4 знаходиться у межах референтних значень	Асимптомний перебіг або гіпотиреоз середнього ступеня
Гіпотиреоз	Вище референтних значень	Вільний Т4 — нижче референтних значень	Гіпотиреоз
<i>Вторинні порушення</i>			
Центральний гіпертиреоз	У межах референтних значень або вище	Підвищена концентрація вільних Т4 та/або Т3	Гіпертиреоз
Центральний гіпотиреоз	У межах референтних значень або незначно нижче	Вільний Т4 — нижче референтних значень	Гіпотиреоз

## Тиреотропний гормон (ТТГ)

- Концентрація ТТГ у сироватці є основним біохімічним дослідженням для визначення функції щитоподібною залози. У дорослих референтними значеннями є приблизно 0,5–3,6 мМО/л.
- Скринінг на гіпо- та гіпертиреоз за незначної підозри на порушення функції щитоподібною залози
  - За значної підозри на порушення функції щитоподібною залози рекомендовано також визначити концентрацію вільного Т4.
  - Багато лабораторій автоматично визначають рівень вільного Т4, якщо концентрація ТТГ знаходиться за межами норми.
- Поширеною знахідкою є субклінічний первинний гіпотиреоз (підвищений ТТГ, вільний Т4 в межах норми); див. настанова L00514 [Hypothyroidism].
- При субклінічному гіпертиреозі концентрація ТТГ знаходиться нижче референтних значень, а вільних Т4 і Т3 у межах норми; див. настанова L00513 [Hyperthyroidism].
- Концентрація ТТГ, що виходить за межі норми, не завжди вказує на постійний гіпо- чи гіпертиреоз при наступних станах (необхідний контроль):
  - важкі системні захворювання;
  - певні ліки, наприклад, високі дози кортикостероїдів (знижують секрецію ТТГ).
- Наявність гетерофільних антитіл може призвести до отримання хибних високих значень ТТГ, але з розвитком нових методів діагностики такі випадки стали рідкістю.
- При важких системних захворюваннях концентрація ТТГ може тимчасово змінюватись (зазвичай, знижуватись) без наявності гіпертиреозу у пацієнта. Під час періоду відновлення концентрація ТТГ починає зростати і згодом раптово повертається до референтних значень.
- Визначення рівня ТТГ достатньо для спостереження гіпотиреозу, якщо пацієнт почуває себе добре на правильній дозі підтримувальної терапії.

## Інші лабораторні дослідження

### Вільний тироксин (FT4)

- При гіпотиреозі — нижче референтних значень, при гіпертиреозі — вище
- При субклінічному гіпотиреозі концентрація FT4 знаходиться біля нижньої межі референтних значень; див. НАСТАНОВА 00514 [Hypothyroidism].
- При підозрі на гіпертиреоз на основі симптомів та низької концентрації ТТГ, але за наявності нормального рівня FT4 потрібно визначити вільний Т3 (FT3) для виявлення Т3 гіпертиреозу.
- Терапія гепарином та великі дози саліцилатів можуть підвищувати концентрацію FT4, в той час як антиконвульсанти здатні її знижувати.

### Вільний Т3 (FT3)

- Допомагає при діагностиці граничного або початкового гіпертиреозу, коли ТТГ визначити неможливо, а FT4 знаходиться в межах референтних значень.
- Дослідження FT3 не використовується в діагностиці гіпотиреозу.
- FT3 визначають при спостереженні за терапією тироксином у високих дозах після лікування раку щитоподібною залозою (повинен бути у межах референтних значень)
- При важких системних захворюваннях концентрація FT3 є невеликою.

### Антитіла до рецепторів ТТГ (АТ до рТТГ)

- Виявляють при хворобі Грейвса (Базедовій)
- Антитіла можуть як стимулювати, так і інгібувати функцію рецепторів ТТГ. За допомогою сучасних лабораторних методів неможливо диференціювати антитіла за їх дією.
- Стимулюючі антитіла до рецепторів ТТГ виявляють у 80–95% пацієнтів з хворобою Грейвса.
- Визначення антитіл до рецепторів ТТГ проводиться для
  - підтвердження хвороби Грейвса, яка може бути справжньою причиною гіпертиреозу
  - підтвердження діагнозу, коли у пацієнта є очний синдром, але нема гіпертиреозу.

- Зниження концентрації антитіл до рецепторів ТТГ у пацієнтів з гіпертиреозом, які отримують антитиреоїдну терапію, є сприятливою прогностичною ознакою. Висока концентрація після припинення довготривалої антитиреоїдної терапії свідчить про відновлення гіпертиреозу.
- При офтальмопатії Грейвса низька концентрація антитіл до рецепторів ТТГ свідчить про зниження активності (прогресування) захворювання, а висока концентрація свідчить про запальний процес.
- Інгібуючі антитіла до рецепторів ТТГ визначають у близько 15% пацієнтів з гіпертиреозом Грейвса. Таким пацієнтам важко підібрати коректну дозу антитиреоїдних ліків, тому що концентрація тиреоїдних гормонів може коливатись між гіпо- та гіпертиреозом.

### Антитіла до тиреоїдної пероксидази (АТ-ТПО)

- Антитіла до ТПО є постійно підвищеними при поширеному хронічному аутоімунному тиреоїдиті [настанова 00512] [Аутоімунний тиреоїдит], що є фактором ризику виникнення гіпотиреозу і найпоширенішою причиною виникнення первинного гіпотиреозу.
- У випадку, якщо концентрація ТТГ при повторних аналізах залишається незначно підвищеною, але концентрація FT4 залишається в нормі, потрібно визначити антитіла до ТПО. Виявлення антитіл свідчить про високий ризик виникнення гіпотиреозу у пацієнта, тому у цьому випадку рекомендовано швидше почати лікування.
  - Щорічно, у 5% пацієнтів з мікросомальними антитілами та незначно підвищеною концентрацією ТТГ розвивається клінічний гіпотиреоз.
- Хронічний аутоімунний тиреоїдит є причиною розвитку післяпологового тиреоїдиту. Жінки з підвищеною концентрацією антитіл до ТПО також мають вищий ризик розвитку гіпотиреозу під час вагітності.
- 50–90% пацієнтів з хворобою Грейвса мають антитіла до ТПО, що є ознакою супутнього аутоімунного тиреоїдиту. Визначення рівня антитіл до рецепторів ТТГ є першим аналізом при діагностиці хвороби Грейвса.
- Повторні визначення рівня антитіл не дають додаткових переваг.
- Немає сенсу лікувати підвищену концентрацію антитіл кортикостероїдами.

## Візуалізаційні методи досліджень

### Ультразвукова діагностика

- Найважливіший метод візуалізаційного дослідження щитоподібної залози
- Найважливішим показанням є дослідження вузла щитоподібної залози або раптового збільшення залози у пацієнтів з еутиреозом. Рекомендується поєднувати УЗД з тонкоголковою аспіраційною пункційною біопсією (злоякісні чи доброякісні зміни).
- УЗД також проводиться як передопераційна діагностика перед плановим хірургічним втручанням на щитоподібній залозі.
- УЗД не має діагностичного значення у визначенні функції щитоподібної залози (при дослідженні гіпо- або гіпертиреозу).
- УЗД щитоподібної залози легко виявляє дуже дрібні, незначні структурні аномалії. Тому його не варто проводити без чіткого клінічного підґрунтя.
  - Якщо при пальпації у пацієнта з гіпо- чи гіпертиреозом виявлено вузол, її/його спочатку потрібно пролікувати до стану еутиреозу і тоді ще раз перевірити наявність вузла.

### Інші візуалізаційні дослідження

- Сцинтиграфія проводиться спеціалізованою медичною допомогою за особливих показань, наприклад, при підозрі на токсичну аденому або дистопію тканини щитоподібної залози або для диференційної діагностики тиреотоксикозу і справжнього гіпертиреозу. Іноді також використовується для спостереження після раку щитоподібної залози.
- КТ або МРТ рідко дають додаткову інформацію після проведення УЗД.

## Тонкоголкова пункційна аспіраційна біопсія (ТПАБ)

- ТПАБ варто завжди проводити разом з УЗД при дослідженні одного вузла (доброякісний чи злоякісний?)
- При багатовузловому зобі проводиться ТПАБ, як мінімум, найбільшого вузла та інших вузлів з підозрілою структурою.

- Проблемою є хибнонегативні результати, пов'язані з раком щитоподібної залози.

## Пов'язані ресурси

- Література [пов'язані 00526] [Examining a patient with...](#)

## Стислі огляди рекомендацій

- [Посібник 00007](#). Disorders of thyroid function – Quick Reference.

## Настанови

- [Настанова 00514](#). Hypothyroidism.
- [Настанова 01064](#). Спостереження за пацієнтами з раком щитоподібної залози на первинній ланці охорони здоров'я після початкового лікування.
- [Настанова 00511](#). Підгострий тиреоїдит.
- [Настанова 00512](#). Аутоімунний тиреоїдит.
- [Настанова 00513](#). Hyperthyroidism.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm00509    Ключ сортування: 024.030    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-08

---

Автор(и): Camilla Schalin-Jäntti    Автор(и) попередніх версій статті: Matti Välimäki    Редактор(и): Hanna Pelttari  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe    Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd  
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії  
EBM Guidelines    Internal medicine    Endocrinology    Clinical chemistry

---

Ключові слова індексу  
mesh: Hyperthyroidism    mesh: euthyroid nodular goiter    mesh: antimicrosomal antibody    mesh: Graves Disease  
mesh: Hypothyroidism    mesh: Thyroid Nodule    mesh: chronic thyroiditis    mesh: Pregnancy    mesh: Thyrotropin  
mesh: hypothyroidism, subclinical    mesh: Thyroxine    mesh: thyroid peroxidase antibodies    TPO antibodies  
TSH receptor antibodies    mesh: Triiodothyronine    mesh: thyroid antibodies    mesh: Nodule    mesh: T4 free    FT4    FT3  
FT3 free    Thyroid Gland    icpc-2: A34    icpc-2: A98    speciality: Clinical chemistry    speciality: Endocrinology  
speciality: Internal medicine    icpc-2: T34    icpc-2: T81    icpc-2: T85    icpc-2: T86