

ДАЙДЖЕСТ С 46-Й ЕЖЕГОДНОЙ ВСТРЕЧИ ЕВРОПЕЙСКОЙ ТИРЕОИДОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ



© М.П. Казакова*, Е.А. Трошина

Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, Москва, Россия

В сентябре 2024 г. прошла 46-я ежегодная встреча Европейской тиреоидологической ассоциации (ETA–2024), посвященная актуальным вопросам клинической и экспериментальной тиреоидологии. Краткий обзор тем представлен в данном дайджесте.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: щитовидная железа; европейская тиреоидологическая ассоциация; тиреоидология.

DIGEST FROM 46th ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN THYROID ASSOCIATION

© Maria P. Kazakova*, Ekaterina A. Troshina

Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia

46th Annual Meeting of the European Thyroid Association was held in September 2024 where topical issues of clinical and scientific thyroidology were discussed. This article provides a brief overview of the event.

KEYWORDS: thyroid gland; European Thyroidological Association; Thyroidology.

С 7 по 10 сентября 2024 г. прошла 46-я ежегодная встреча Европейской тиреоидологической ассоциации (ETA–2024) — второй по величине организации, занимающейся проблемами патологий щитовидной железы (ЩЖ) в мире. Ежегодная встреча проходила в г. Афины, Греция, в очном формате. Были освещены как клинические, так и фундаментальные вопросы современной тиреоидологии, краткий обзор которых представлен в данном дайджесте.

Сессия «Последние достижения клинической тиреоидологии» была посвящена проблемам тиреотоксикоза. В рамках сессии были рассмотрены вопросы, касающиеся развития осложнений, связанных с тиреотоксикозом, включая его субклинические формы; обсуждалась тактика ведения пациентов с амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом; представлены особенности течения и управления тиреотоксикозом у различных групп пациентов, включая беременных женщин, пожилых людей и детей. Дополнительно были представлены алгоритмы оказания неотложной помощи при тиреотоксическом кризе.

Григорис Эффраимидис, специалист отделения эндокринологии и заболеваний обмена веществ Университетской больницы, г. Лариса, Греция, представил доклад об осложнениях тиреотоксикоза, в котором особое внимание уделил кардиологическим осложнениям — хронической сердечной недостаточности (ХСН) и фибрилляции предсердий (ФП). Состояние декомпенсированного тиреотоксикоза ассоциировано с развитием ХСН и ее прогрессированием. Достижение эутиреоза сопровождается улучшением функционального класса ХСН, что подчеркивает важность раннего и эффективного контроля уровней гормонов ЩЖ. В докладе были представлены

основные факторы риска развития ФП у пациентов с тиреотоксикозом: возраст, мужской пол, наличие сахарного диабета (СД), ХСН и патологии клапанов сердца в анамнезе. В 2/3 случаев у пациентов с тиреотоксикозом и ФП наблюдается спонтанное восстановление синусового ритма (в среднем через 4–6 месяцев) после достижения эутиреотидного состояния. Субклинический тиреотоксикоз также ассоциирован с развитием ФП: чем ниже уровень ТТГ, тем выше риск развития ФП и ХСН. При достижении эутиреоза у данной группы пациентов 60% из них продолжают находиться в зоне риска развития ФП. Тиреотоксикоз ассоциирован с высоким риском развития основных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Результаты исследований, проведенных на крупных когортах пациентов, указывают на то, что радикальные методы лечения, такие как радиоiodотерапия и тиреоидэктомия, способствуют снижению данных рисков. У лиц моложе 65 лет рекомендовано рассматривать тиреотоксикоз как независимый фактор смертности. В докладе было отмечено, что субклинический тиреотоксикоз является независимым фактором риска смертности от любых сердечно-сосудистых событий. В связи с чем важен своевременный и эффективный контроль, достигнутый персонализированным подходом к лечению в каждом клиническом случае [1]. Григорис Эффраимидис в своем докладе обратил внимание на нарушения минеральной плотности костной ткани у пациентов с тиреотоксикозом, отметив, что тиреотоксикоз является хорошо известным фактором риска вторичного остеопороза. У женщин с тиреотоксикозом в менопаузальном периоде наблюдается снижение плотности костной ткани и увеличение риска возникновения низкотравматических переломов шейки бедра и позвоночника в 3–4 раза. Таким образом, тирео-

*Автор, ответственный за переписку/Corresponding author.



токсикоз в анамнезе следует рассматривать как фактор риска остеопороза, что необходимо учитывать при принятии решения о назначении терапии.

Луиджи Барталена, специалист отдела медицины и хирургии Университета Инсубрии, Варезе, Италия, посвятил свое выступление ведению пациентов с амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом (АИТ). Особое внимание было уделено главной парадигме: что первично в лечении данной группы пациентов: сердце или ЩЖ? Уделено внимание значимости междисциплинарного подхода к ведению этих пациентов и обозначена необходимость выбора лечебной тактики в зависимости от степени нарушений сердечно-сосудистой системы. Это особенно актуально в случаях значительного ухудшения функции левого желудочка, когда одним из приоритетных методов лечения является тотальная тиреоидэктомия. Луиджи Барталена анонсировал выход обновленных клинических рекомендаций по ведению пациентов с данной патологией, которые мы ожидаем в конце 2024 г.

В ходе сессии Мэгли Хайссагерре, специалист отделения эндокринологии Университета Бордо, Пессак, Франция, представила доклад о тиреопатиях, развивающихся на фоне терапии ингибиторами контрольных точек иммунного ответа (ИКИО). 25–56% случаев применения данной терапии сопровождаются нарушениями функции ЩЖ, а степень и форма нарушения зависят от вида терапии. Нарушения функции ЩЖ в большинстве случаев являются транзиторными — тиреотоксикоз может наблюдаться до 45–60 дня после старта терапии ИКИО, а гипотиреоз может наблюдаться с 45 до 190 дня. В некоторых случаях отмечается атипичное течение тиреопатий, сопровождающееся очень редкими симптомами, например, болезненностью в области шеи, признаками эндокринной офтальмопатии. Рекомендации Европейской тиреологической ассоциации по ведению пациентов, получающих терапию ИКИО, были выпущены в 2022 г., в ходе сессии были обсуждены основные пункты — оценка ТТГ и свТ4 у пациентов перед стартом терапии ИКИО, динамический контроль в течение 6–12 месяцев с целью своевременной диагностики нарушений функции ЩЖ. В отношении тиреотоксикоза рекомендована наблюдательная тактика в течение 3–6 месяцев, при выраженной клинической картине возможно назначение бета-блокаторов. Однако при персистенции тиреотоксикоза более 3 месяцев рекомендована оценка АТ к рТТГ и проведение сцинтиграфии ЩЖ для дифференциальной диагностики нарушений функции ЩЖ под влиянием терапии ИКИО и болезни Грейвса (БГ) и назначения своевременного лечения. В случае атипичного течения тиреоидитов на фоне терапии ИКИО возможно применение глюкокортикостероидов. Развитие тиреотоксикоза может рассматриваться как маркер успешной активации иммунной системы и быть ассоциировано с увеличением общей выживаемости. Таргетная терапия и химиотерапия не приводят к развитию тиреотоксикоза; напротив, для этих методов характерно возникновение гипотиреоза в 20–60% случаев, что зависит от используемого противоопухолевого препарата. Недавние исследования тиреопатий, развивающихся на фоне применения моноклонального антитела к антигену лимфоцитов CD52 — алемтузумаба, который используется

в лечении В-клеточных лимфом и рассеянного склероза, показали, что при использовании данного препарата в среднем в течение 25 месяцев у 41% пациентов наблюдаются нарушения функции ЩЖ. Кроме того, у 32% пациентов развилась БГ, а 16% случаев нарушения функции ЩЖ сочетались с ЭОП. Учитывая это, перед назначением данной терапии целесообразно провести оценку уровня ТТГ и определить риск развития болезни Грейвса. В процессе терапии необходимо контролировать уровень ТТГ каждые 3 месяца в течение последующих 4 лет.

Саймон Пирс, специалист Института трансляционных и клинических исследований Университета Ньюкасл, Великобритания, представил доклад о рецидивирующем течении гипертиреоза. Для оценки риска рецидива болезни Грейвса Саймон Пирс отметил важность использования шкалы Great, включающей 4 критерия: возраст, уровень свТ4, ТТГ, объем ЩЖ, наличие *HLA*, *PTPN22* полиморфизмов. В ходе своего доклада стремился ответить на вопрос: какой же метод лечения БГ предпочтителен? Согласно данным международного исследования паттернов клинической деятельности в ведении пациентов с БГ, опубликованных в *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* в 2024 году, 59% пациентов с рецидивом БГ принимали тиреостатическую терапию, 37% пациентов находились в состоянии после радиойодтерапии и 3,1% пациентов после тиреоидэктомии [2]. Были представлены результаты исследования Jin M. с соавт. (2023 г.), в котором приняли участие 1718 человек с БГ, принимавших тиреостатическую терапию. По результатам исследования было показано, что после 1 курса тиреостатической терапии (в течение 23 месяцев) ремиссия наблюдалась у 56% пациентов, больным с рецидивом тиреотоксикоза повторно была назначена тиреостатическая терапия (в течение 21 месяцев), после 2 курса еще 54% пациентов достигли ремиссии, а после проведения 3 курса (в течение 21 месяцев) ремиссия достигнута еще в 39% случаев. Актуальным и требующим проведения дальнейших исследований является вопрос о длительности и частоте проведения тиреостатической терапии. Суждение о том, что более успешное достижение ремиссии БГ развивается после проведения длительной медикаментозной терапии, подтверждено некоторыми исследованиями, однако большая часть из них обладает низким уровнем доказательности в связи с небольшой выборкой исследуемых и отсутствием контрольных групп.

В настоящее время приоритетным методом лечения рецидивирующей БГ является радиойодтерапия (РЙТ). В исследовании, проведенном в клинике в г. Гонконг, Китай, результаты которого опубликованы в журнале *Thyroid* в 2024 г., приняли участие 100 пациентов с рецидивирующим течением БГ, небольшим объемом ЩЖ, без признаков эндокринной офтальмопатии. Пациентам была проведена однократно РЙТ, наблюдение осуществлялось в течение 24 месяцев. Результаты исследования показали, что однократное проведение РЙТ может привести к ремиссии заболевания в 56,7% случаев, а у пациентов с небольшим объемом ЩЖ (менее 20 см³) — в 100% случаев [3].

Проблемы тиреотоксикоза в детской клинической практике представил в своем докладе Марек Недзиела, специалист отделения детской эндокринологии

и ревматологии Института педиатрии, Клинической больницы Кароля Йоншера, Познань, Польша. Определение приоритетного метода лечения БГ у детей осложнено высокой частотой папиллярного рака ЩЖ в данной группе пациентов. Кроме того, Марек Недзиела обратил внимание на важность достижения эутиреоидного состояния перед проведением РИТ для снижения риска развития тиреотоксического криза.

Стине Линдинг Андерсен, специалист Университета Ольборг, Дания, в докладе о тиреотоксикозе во время беременности отметила, что не каждый тиреотоксикоз требует медицинского вмешательства. Важно проводить дифференциальную диагностику гестационного тиреотоксикоза, являющегося вариантом нормы и требующего наблюдения без назначения тиреостатической терапии, и развития БГ во время беременности, учитывая семейный анамнез, наличие симптомов тиреотоксикоза до наступления беременности, уровни свободных Т4 и Т3, наличие глазных симптомов и увеличение объема ЩЖ. Согласно рекомендациям Американской и Европейской ассоциаций тиреологов, ввиду тератогенного эффекта тиреостатической терапии важен ранний перевод беременных пациенток на пропилтиоурацил, являющийся наиболее безопасным видом терапии. Согласно данным исследований, проведенных в Дании, Швеции, Норвегии и Корее, у детей, рожденных после беременности на фоне пропилтиоурацила, наблюдаются врожденные дефекты, в основном связанные с развитием мочевыделительной системы. Учитывая отсутствие медикаментозной тиреостатической терапии, не обладающей тератогенным эффектом, важно подходить к планированию беременности у пациенток с БГ осторожно и рассматривать возможности радикального лечения тиреотоксикоза перед наступлением беременности. С целью сбора клинических и биохимических данных о беременных пациентках с 2021 г. в Дании начато многоцентровое исследование PRETHYR, посвященное изучению заболеваний ЩЖ во время беременности [4]. В первой части исследования приняли участие беременные пациентки с БГ и тиреотоксикозом по другим причинам. Результаты пока не представлены, но мы ожидаем их в ближайшее время.

Диана Ван Хемст, специалист отделения внутренних болезней кафедры геронтологии и гериатрии Университетского медицинского центра, Лейден, Нидерланды представила доклад о течении тиреотоксикоза у пожилых людей. Для пожилого возраста характерна менее выраженная клиническая картина, а дифференциальная диагностика проводится среди многих возможных причин, требующих разного подхода к лечению: БГ, токсические аденомы ЩЖ, избыточное поступление йода с медикаментозными препаратами (амиодарон и др.), тиреотоксическая фаза аутоиммунного тиреоидита, тиреопатии, развивающиеся вследствие терапии ИК-ТИО. С возрастом распространенность субклинических форм тиреотоксикоза увеличивается в связи со снижением тиреоидного метаболизма, данное состояние ассоциировано с повышенным риском неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и требует более частого контроля.

Питер Копп, специалист отделения эндокринологии, диабета и обмена веществ Медицинского центра Универ-

ситета Водуа, Лозанна, Швейцария, представил доклад об алгоритме неотложной помощи пациентам с тиреотоксическим кризом. Для оценки состояния пациентов и выбора оптимальной тактики ведения рекомендовано использовать шкалы «Burch-Wartofsky» и «Akamizu creteria». Питер Копп представил результаты проспективного мультицентрового исследования, посвященного ведению пациентов с тиреотоксическим кризом на основе алгоритмов, предложенных специалистами из Японии, которые показали свою эффективность [5]. Основные выводы из представленных алгоритмов: 1) необходим мультимодальный подход с использованием тиреостатической терапии, калия йодида, глюкокортикостероидов и бета-блокаторов, а также антипиретической терапии; 2) терапия метимазолом обладает схожей эффективностью с пропилтиоурацилом; 3) терапию йодидом калия назначают совместно с антитиреоидными препаратами; 4) тахикардию рекомендовано контролировать с использованием бета1- селективных блокаторов (ландиол, эсмолол, биспролол и др.).

На конференции в рамках сессии «Ведение пациентов с дифференцированным раком ЩЖ» были представлены доклады по теме ведения пациентов с дифференцированным раком ЩЖ. На секции особое внимание было уделено активному наблюдению за данной группой пациентов, обсуждены обновления рекомендаций Американской тиреологической ассоциации по изменению частоты наблюдения за пациентами с низким риском рецидива рака ЩЖ [6]. Данные рекомендации будут представлены в 2024-м — начале 2025 гг. В рекомендациях будет обновлена шкала по оценке риска рецидива рака ЩЖ, представлены изменения в частоте выполнения УЗИ ЩЖ и оценке лабораторных показателей у пациентов с низким риском рецидива рака ЩЖ после выполнения тотальной тиреоидэктомии, как с последующей РИТ, так и без нее рекомендовано продолжить выполнение УЗИ ЩЖ в течение 5–8 лет, а лабораторные показатели оценивать каждые 1–2 года. Если данные пациенты в течение 10–15 лет имеют биохимические показатели, отражающие ремиссию, то можно установить окончательную ремиссию и приостановить мониторинг.

Также в рамках ETA–2024 были обсуждены Руководство по ведению пациентов с узловыми образованиями ЩЖ (2023 г.) и Руководство по диагностике и лечению генетических нарушений транспорта, метаболизма и действия гормонов ЩЖ (2024 г.).

В 2025 г. ETA пройдет с 18–22 июня в Рио де Жанейро, Бразилия.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источники финансирования. Работа выполнена за счет средств гранта РНФ №22-15-00135.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.

Участие авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Peng CC, Lin YJ, Lee SY, Lin SM, Han C, et al. MACE and Hyperthyroidism Treated With Medication, Radioactive Iodine, or Thyroidectomy. *JAMA Netw Open*. 2024;7(3):e240904. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.0904>
2. Villagelin D, Cooper DS, Burch HB. A 2023 International Survey of Clinical Practice Patterns in the Management of Graves' Disease: A Decade of Change. *J Clin Endocrinol Metab*. 2024:dgae222. doi: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae222>
3. Fung MHM, Luk Y, Yuen KKW, Lang BHH. The Two-Year Results of Using Radiofrequency Ablation as a Novel Treatment for Persistent or Relapsed Graves' Disease: A Prospective Study. *Thyroid*. 2024;34(8):1017-1026. doi: <https://doi.org/10.1089/thy.2024.0177>
4. Uldall Torp NM, Liew Z, Carlé A, et al. Hyperthyroidism in Danish Pregnant Women During a 20-Year Period. *J Clin Endocrinol Metab*. 2023;109(1):e370-e378. doi: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgad410>
5. Furukawa Y, Tanaka K, Isozaki O, Suzuki A, Iburi T, et al. Prospective Multicenter Registry-Based Study on Thyroid Storm: The Guidelines for the Management from Japan are Useful. *J Clin Endocrinol Metab*. 2024:dgae124. doi: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae124>
6. Boucai L, Zafereo M, Cabanillas ME. Thyroid Cancer: A Review. *JAMA*. 2024;331(5):425-435. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.26348>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]

***Казакова Мария Петровна [Maria P. Kazakova, MD]**; адрес: Россия, 117292, Москва, ул. Дм. Ульянова, д. 11 [address: 11 Dm. Ulyanova street, 117292, Moscow, Russia]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9963-6783>; eLibrary SPIN: 6205-5170; e-mail: impdoctorx@gmail.com

Трошина Екатерина Анатольевна, д.м.н., профессор, член-корр. РАН [Ekaterina A. Troshina, MD, PhD, Professor, corresponding member of the Russian Academy of Sciences]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8520-8702>; eLibrary SPIN: 8821-8990; e-mail: troshina@inbox.ru

ИНФОРМАЦИЯ:

Рукопись получена: 04.11.2024. Рукопись одобрена: 18.12.2024. Received: 04.11.2024. Accepted: 18.12.2024.

ЦИТИРОВАТЬ:

Казакова М.П., Трошина Е.А. Дайджест с 46-й ежегодной встречи Европейской Тиреоидологической Ассоциации // *Клиническая и экспериментальная тиреоидология*. — 2024. — Т. 20. — №3. — С. 29-32. doi: <https://doi.org/10.14341/ket12804>

TO CITE THIS ARTICLE:

Kazakova MP, Troshina EA. Digest from 46th Annual Meeting of the European Thyroid Association. *Clinical and experimental thyroidology*. 2024;20(3):29-32. doi: <https://doi.org/10.14341/ket12804>