

ДАЙДЖЕСТ

Успешная терапия гипофизарной тиреоидной резистентности препаратом КАРБИМАЗОЛ

В данном обзоре представлен трудный клинический случай гипофизарной резистентности к тиреоидным гормонам (ГРТГ) у девочки в возрасте 6 лет. Первые симптомы заболевания появились в возрасте 22 месяцев: хронический кашель, диарея, задержка развития моторики. Отмечались также гиперактивность и координаторные нарушения. Во время обследования была выявлена персистирующая тахикардия. При тестировании функции щитовидной железы (ЩЖ) обнаружены повышенные концентрации тиреоидных гормонов: свободный Т4 – 63,7 пмоль/л; свободный Т3 – 20 пмоль/л. Уровень тиреотропного гормона (ТТГ) составил 1,9 мМЕ/л. Антитела к тиреопероксидазе и к рецепторам ТТГ не были выявлены. Патологические изменения ЩЖ отсутствовали. Уровень α -субъединицы ТТГ <0,3 мМЕ/л и результаты магнитно-резонансной томографии головного мозга позволили исключить наличие аденомы гипофиза. У родителей пациентки функция ЩЖ была в норме. Секвенирование ДНК не выявило мутаций тиреоидных β -рецепторов. Согласно данным литературных источников, у большинства пациентов с ГРТГ терапия

тиратриколом, как правило, является эффективным методом лечения. С учетом имеющихся симптомов указанной пациентке назначили тиратрикол (0,175 мг 2 р/сут). В связи с отсутствием снижения симптомов тахикардии и диареи через 9 месяцев доза препарата была увеличена вдвое. Тем не менее ответ на лечение тиратриколом в данном клиническом случае был недостаточным – через 1 год уровень свободного Т4 оставался повышенным. Это обусловило необходимость назначения КАРБИМАЗОЛА, хотя уровень ТТГ был нормальным. **Терапия КАРБИМАЗОЛОМ в дозе 2,5 мг 3 р/сут быстро привела к улучшению показателей тиреоидных гормонов и прекращению диареи.** Лечение КАРБИМАЗОЛОМ в течение года способствовало снижению уровня свободного Т4 и ТТГ до 22,6 пмоль/л и 4,75 мМЕ/л соответственно. У пациентки развился мягкий зоб небольших размеров, который не увеличивался в последующие 2 года. Учитывая потенциальное повышение ТТГ на фоне терапии КАРБИМАЗОЛОМ, которое может приводить к развитию зоба, важно продолжать назначение тиратрикола.

Таким образом, добавление в схему лечения КАРБИМАЗОЛА позволило достичь быстрого эффекта, которого не удавалось добиться в течение 1 года монотерапии тиратриколом. КАРБИМАЗОЛ позволил контролировать симптомы ГРТГ и удерживать биохимические показатели на уровне нормы. Это первый клинический случай успешного лечения ГРТГ с помощью комбинации тиратрикола и КАРБИМАЗОЛА.

Ali K. et al. TRIAC and carbimazole combination therapy in pituitary thyroid hormone resistance. Endocrine Abstracts 2008; 17: 32.

Подготовил **Игорь Кравченко**



Еспа-карб

КАРБИМАЗОЛ



Європейське лікування гіпертиреозу за доступною ціною

- Багаторічний досвід застосування в європейських країнах
- Можливість гнучкого підбору дозування
- Сприятливий профіль безпеки
- Доведена ефективність*



Інформація для медичних та фармацевтичних працівників. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. Еспакарб. Склад: 1 таблетка містить карбімазолу 5 мг або 10 мг. Лікарська форма: Таблетки. Зависки Еспарма GmbH, Німеччина. Виробник: Ліндофарм GmbH, Нойштрассе 82, 40721 Гельден, Німеччина. Представництво в Україні: 02002, Київ, вул. Р. Окіпної, 117, www.esparma.com.ua. Показання для застосування: Порушення функції щитовидної залози, пов'язані з гіпертиреозом (гіпертиреоз). Підготовка до тиреоїдотомії при гіпертиреозі. Терапія до і після лікування радіоактивним йодом. Протипаликовий. Підвищена індивідуальна чутливість до карбімазолу або до інших компонентів препарату. Також, зменшення порушення з боку системи кровообігу, тяжка печінкова недостатність. Побічні ефекти: Побічні реакції зазвичай виникають протягом перших 8 тижнів лікування. Найчастіше спостерігаються такі реакції: нудота, головний біль, артралгія, незначні шлунково-кишкові розлади, шкірні висипання, серббок. Ці реакції, як правило, транзиторні і не потребують відміни препарату. * Antithyroid drug regimen for treating Graves' hyperthyroidism (Review). Abraham P, Avenell A, McGeoch SC, Clark LF, Bevan JS. The Cochrane Library 2010, Issue 1.