Диффузный токсический зоб (Болезнь Грейвса)

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: E05.0, E05.3, E05.4, E05.5, E05.8 · Российская ассоциация эндокринологов

Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса) — системное аутоиммунное заболевание, при котором антитела к рецептору ТТГ стимулируют щитовидную железу и вызывают тиреотоксикоз, иногда с эндокринной офтальмопатией. Рекомендация посвящена диагностике и лечению преимущественно детей и подростков, включая тиреостатическую терапию, радикальные методы и ведение тиреотоксического криза.

Главное

- Манифестный тиреотоксикоз определяется сниженным ТТГ при повышенных СТ4 и СТ3; при снижении ТТГ и нормальных СТ4/СТ3 говорят о субклиническом тиреотоксикозе. ТТГ при тиреотоксикозе должен быть ниже 0,1 мЕ/л.
- Для болезни Грейвса характерны похудение, потливость, тахикардия, сердцебиение, нервозность, тремор и слабость; классическая триада «зоб, тахикардия, экзофтальм» встречается примерно у половины пациентов.
- Антитела к рецептору ТТГ выявляются у 99–100% больных аутоиммунным тиреотоксикозом и используются для дифференциации аутоиммунной формы тиреотоксикоза с другими формами. Рутинно определять антитела к ТПО и тиреоглобулину для диагностики ДТЗ не следует.
- Тиреотоксический криз — жизнеугрожающее осложнение: быстро нарастают тахикардия, возбуждение, повышается температура, появляются рвота или диарея; затем возможны сердечная недостаточность, снижение артериального давления, адинамия и кома.
- Эндокринная офтальмопатия требует оценки активности по CAS: 3 и более баллов соответствуют активной фазе.
- При длительной тиреостатической терапии побочные эффекты наиболее часто проявляются в первые 2–3 месяца. Лихорадка, фарингит, изъязвления на слизистых полости рта, выраженное недомогание или артралгии требуют срочной отмены препарата и общего анализа крови; желтуха, потемнение мочи, обесцвечивание стула, боли в животе или рвота — отмены препарата и определения АсАТ/АлАТ.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: похудение при сохраненном или повышенном аппетите, потливость, сердцебиение, тахикардия, нервозность, тремор, слабость; уточнить аутоиммунные заболевания в семье, эмоциональный стресс, некоторые вирусные инфекции, йодный дефицит и дополнительное потребление йода. УУР С, УДД 5.
2. При осмотре оценить размеры щитовидной железы по классификации ВОЗ, глазные симптомы, состояние кожи, тремор, пульс, частоту сердцебиения, артериальное давление, массу тела и рост. УУР С, УДД 5.
3. Исследовать ТТГ, СТ4 и СТ3. Для тиреотоксикоза типично сочетание ТТГ менее 0,1 мЕ/л с повышенными СТ4 и СТ3; при нормальных СТ4 и СТ3 состояние расценивают как субклинический гипертиреоз. УУР С, УДД 5.
4. При повышенных СТ4/СТ3 и сниженном ТТГ определить антитела к рецептору ТТГ. Антитела к ТПО и тиреоглобулину не следует использовать рутинно для диагностики ДТЗ; их определяют для дифференциальной диагностики аутоиммунного и неаутоиммунного тиреотоксикоза. УУР С, УДД 5.
5. Выполнить УЗИ щитовидной железы для оценки объема и эхоструктуры. Сцинтиграфию добавляют при узлах, подозрении на эктопированную ткань щитовидной железы или загрудинный зоб либо для различения истинного, деструктивного и артифициального тиреотоксикоза. УУР С, УДД 5.
6. При наличии глазных симптомов для диагностики ЭОП проводят визометрию, тонометрию, оценку орбитального статуса, биомикроскопию, офтальмоскопию, компьютерную периметрию и МРТ глазницы. УУР С, УДД 5 для перечисленного обследования; УУР С, УДД 3 для МРТ глазницы. МРТ помогает выявить воспалительные изменения глазодвигательных мышц и ретробульбарной клетчатки.

Лечение

- Препарат первой линии у детей — тиамазол в начальной дозе 0,15–0,5 мг/кг/сут внутрь за 1–2 приема. УУР С, УДД 5.
- Пропилтиоурацил назначают только если остальные варианты невозможны: 5–10 мг/кг/сут в 3 приема; при тяжелом тиреотоксикозе максимальную суточную дозу можно увеличить вдвое. Длительная терапия ПТУ у детей не проводится из-за гепатотоксичности. УУР С, УДД 5.
- Начальную дозу тиамазола применяют 4–6 недель до нормализации тиреоидных гормонов, затем постепенно снижают до минимальной поддерживающей. При монотерапии поддерживающая доза составляет 0,2–0,3 мг/кг/сут, обычно 2,5–10 мг/сут. УУР С, УДД 5.
- До начала тиреостатической терапии проверить общий анализ крови, общий билирубин, АсАТ и АлАТ. В первые 4–6 недель дозу корректируют по СТ4 и СТ3, а не по ТТГ; общий анализ крови, билирубин, АсАТ и АлАТ в первые 2–3 месяца целесообразно контролировать с учетом максимального риска побочных эффектов. УУР С, УДД 5.
- При выраженном тиреотоксикозе и частоте сердцебиения более 100 в минуту назначают бета-адреноблокатор. Пропранолол применяют по 1–3 мг/кг за прием 2–3 раза в сутки до достижения биохимического эутиреоза; при бронхиальной астме бета-адреноблокаторов следует избегать. УУР С, УДД 5.
- Тиреостатическую терапию можно прекращать при стойком эутиреозе на дозе не более 5 мг тиамазола в сутки не менее 36 месяцев, отсутствии значимого увеличения зоба и наличии иммунологической ремиссии; перед отменой определяют антитела к рецептору ТТГ. УУР С, УДД 5.
- Операцию выбирают при отсутствии стойкой ремиссии, серьезных побочных эффектах тиреостатиков, большом зобе массой более 80 г, выраженной офтальмопатии или отказе от радиойодтерапии. До тиреоидэктомии необходимо достичь стойкого эутиреоза тиамазолом в течение минимум 1–2 месяцев. УУР В, УДД 3 для показаний; УУР С, УДД 5 для предоперационной подготовки.
- Радиойодтерапию применяют при послеоперационном рецидиве тиреотоксикоза, рецидивирующем течении тиреотоксикоза на фоне антитиреоидных препаратов и непереносимости антитиреоидных препаратов. Детям назначают однократно фиксированную активность натрия йодида [131I] 15 мКи либо рассчитывают активность по размеру железы и захвату изотопа; цель — стойкий гипотиреоз. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на тиреотоксический криз немедленно госпитализировать пациента, привлечь врача-анестезиолога-реаниматолога и наблюдать в реанимационном отделении. УУР С, УДД 5.
- Плановая госпитализация показана при нарушении функции щитовидной железы, которое не удается скорректировать амбулаторно.
- При глазных симптомах направить к офтальмологу для диагностики и оценки эндокринной офтальмопатии. УУР С, УДД 3.
- Оперативное лечение проводить в специализированном многопрофильном учреждении с детским эндокринологом, детским хирургом, имеющим опыт операций на щитовидной железе, и анестезиологом-реаниматологом. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Какие анализы подтвердят болезнь Грейвса у ребенка?

Нужны ТТГ, СТ4 и СТ3: при манифестном тиреотоксикозе ТТГ снижен, а СТ4 и СТ3 повышены. Для подтверждения аутоиммунной формы определяют антитела к рецептору ТТГ; антитела к ТПО и тиреоглобулину рутинно не назначают.

Какой тиреостатик выбрать первым и в какой дозе?

У детей препаратом выбора является тиамазол 0,15–0,5 мг/кг/сут за 1–2 приема. Пропилтиоурацил используют только при невозможности других вариантов; краткий курс может быть назначен при серьезных побочных эффектах тиамазола или в рамках предоперационной подготовки при длительно сохраняющихся высоких уровнях СТ3.

Когда после начала лечения контролировать гормоны и ориентироваться ли на ТТГ?

В первые 4–6 недель дозу корректируют по СТ4 и СТ3: ТТГ в этот период может оставаться сниженным из-за отсроченного восстановления. Далее проводят периодический контроль гормонов и показателей безопасности тиреостатической терапии.

Когда можно отменить тиамазол?

Терапию прекращают при стойком эутиреозе на минимальной дозе не более 5 мг/сут не менее 36 месяцев, отсутствии существенного увеличения зоба и наличии иммунологической ремиссии. Перед отменой необходимо определить антитела к рецептору ТТГ.

Когда рассматривать радикальное лечение после тиреостатической терапии?

Если спустя не менее 36 месяцев с начала тиреостатической терапии не достигнута стойкая ремиссия заболевания, рекомендовано радикальное лечение.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1055-diffuznyj-toksicheskij-zob-bolezn-grejvsa. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1055_1