

ФГУ «Северо-Западный окружной медицинский центр Росздрава»



Северо-Западный региональный эндокринологический центр

Лечение патологии щитовидной железы во время беременности и в послеродовом периоде

Слепцов И.В.

MANAGEMENT OF THYROID DYSFUNCTION DURING PREGNANCY AND POSTPARTUM: AN ENDOCRINE SOCIETY CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

Prepared 1/15/06 by a committee of the Endocrine Society, consisting of Nobuyuki Amino (representing AOTA), Marcos Abalovich (Representing LATS), Linda Barbour, Rhoda Cobin (Representing AACE), Daniel Glinde (Representing ETA), Sarah Kilpatrick (Representing ACOG), Susan Mandel (Representing ATA), Maureen Malee, Alex Stagnaro-Green, and Leslie De Groot (Chairman)

- ✓ Тиреоидологическая ассоциация Азии и Океании
- ✓ Латиноамериканское тиреоидологическое общество
- ✓ Американская ассоциация клинических эндокринологов
- ✓ Европейская тиреоидологическая ассоциация
- ✓ Американский колледж акушеров и гинекологов
- ✓ Американская тиреоидологическая ассоциация

Уровни доказательности - I

United States Preventive Service Task Force:

A	Настоятельно рекомендуется использовать описываемую процедуру (уровень доказательности высок)
B	Рекомендуется использовать описываемую процедуру (уровень доказательности позволяет считать, что действие приведет к улучшению результатов лечения)
C	Нельзя дать рекомендацию ни «за», ни «против» использования процедуры (уровень доказательности недостаточен для того, чтобы дать окончательное суждение)
D	Не рекомендуется рутинно использовать описываемую процедуру (существуют доказательства того, что процедура неэффективна, либо вред от нее превышает пользу)
I	Уровень доказательности недостаточен для того, чтобы дать окончательное суждение о ценности процедуры

Уровни доказательности - II

Трехбалльная шкала оценки доказательности:

Хорошая	Научные данные включают в себя правильно спланированные исследования с достаточным числом наблюдений, позволяющие сделать вывод о влиянии исследуемого фактора на результаты
Средняя	Научных данных достаточно для того, чтобы оценить эффект исследуемого фактора на результат лечения, однако степень доказательности ограничена числом, дизайном исследований, количеством наблюдений и т.д.
Плохая	Научных данных недостаточно для оценки влияния исследуемого фактора на результат лечения в связи с особенностями дизайна исследований, их количеством и числом приводимых наблюдений

Уровни доказательности - III

Система GRADE:

- ✓ Сила рекомендации описывается цифрой (1 или 2)

1	Настоятельная рекомендация («Мы рекомендуем...»)
2	Рекомендация более слабого уровня («Мы предполагаем...»)

- ✓ Степень доказательности описывается «крестами»

⊗○○○	Очень низкая степень доказательности
⊗⊗○○	Низкая степень доказательности
⊗⊗⊗○	Средняя степень доказательности
⊗⊗⊗⊗	Высокая степень доказательности

Раздел 1

Лечение гипотиреоза

Частота встречаемости аутоиммунной патологии ЩЖ

Манифестный гипотиреоз во время беременности – 0,2-0,5%

Субклинический гипотиреоз во время беременности – 2-3%

Повышенные титры антитиреоидных антител выявляются у 5-10% женщин детородного возраста

Основные причины гипотиреоза:

- йодный дефицит;
- аутоиммунный тиреоидит;
- последствия хирургического лечения заболеваний ЩЖ;
- последствия терапии радиоактивным йодом.

Основные проблемы диагностики гипотиреоза во время беременности

Многие симптомы гипотиреоза часто встречаются и при нормальном протекании беременности (увеличение веса, чувствительность к холоду, сухость кожи и др.)

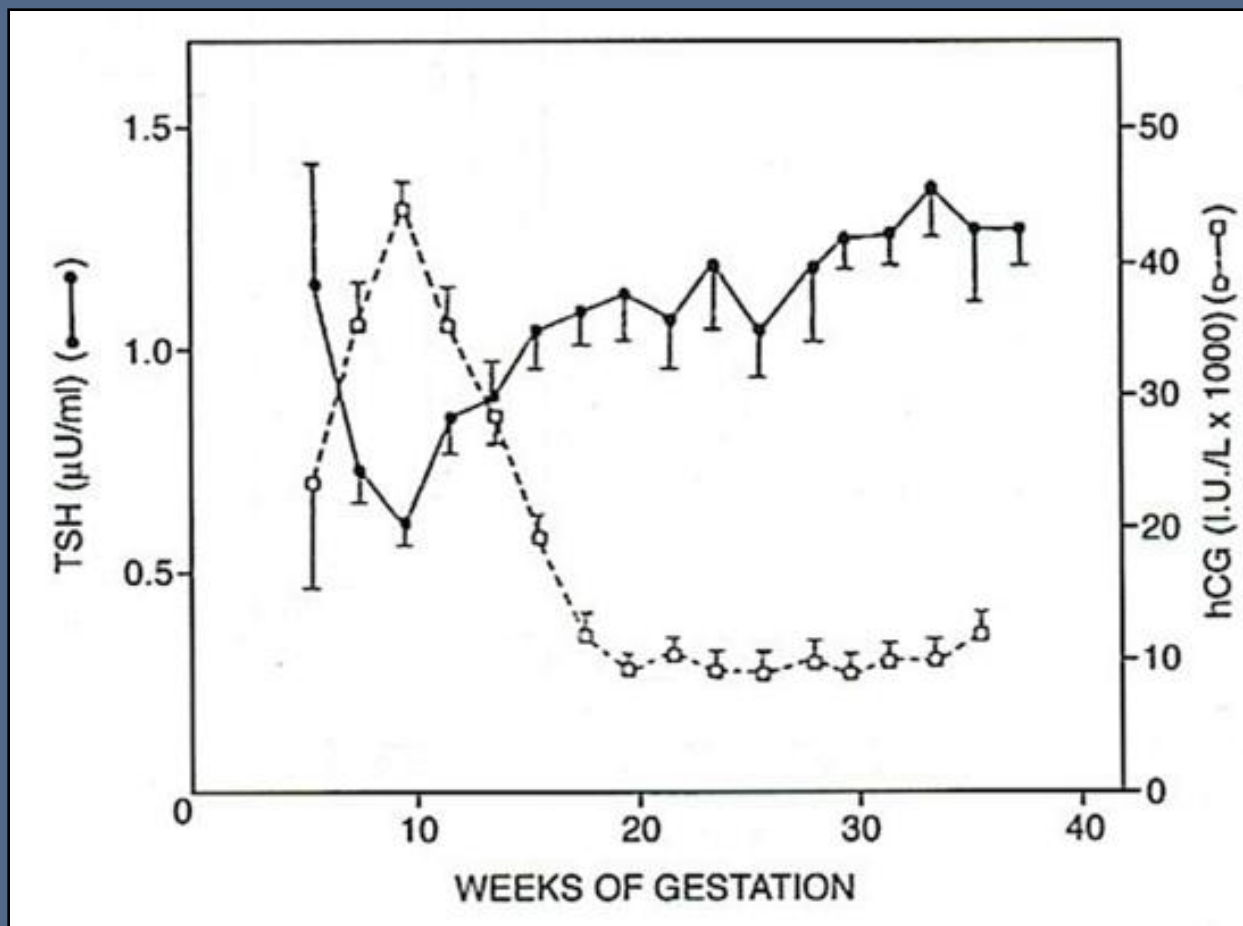
У многих беременных с гипотиреозом симптомы отсутствуют



Диагноз основывается на результатах лабораторных тестов

Следует учитывать физиологические колебания уровня тиреоидных гормонов и ТТГ во время беременности

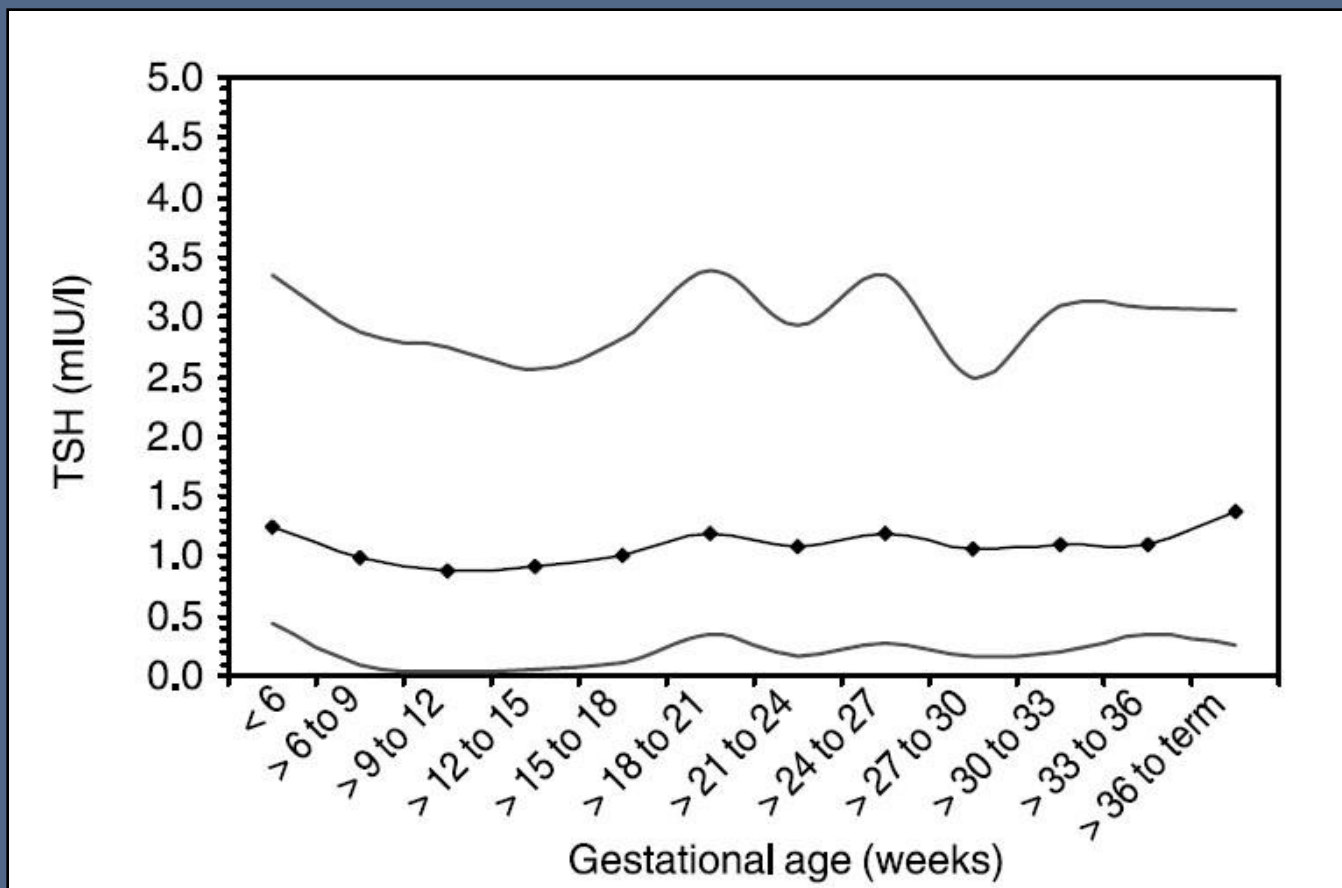
Изменение уровня ТТГ во время беременности



Glinier D, et al. Regulation of maternal thyroid during pregnancy. J Clin Endocrinol Metab 1990; 71:276.

Изменение уровня ТТГ во время беременности

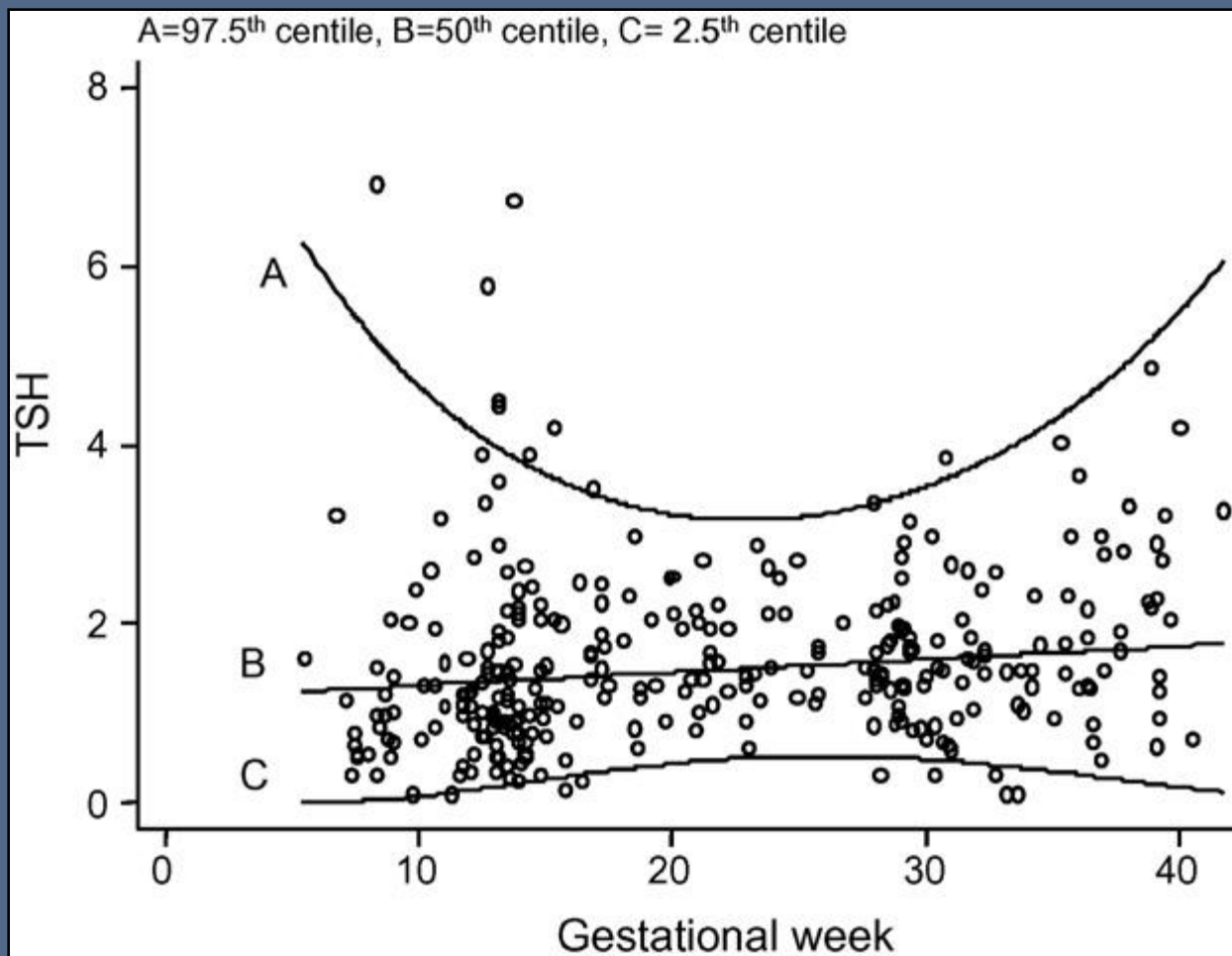
N=2272



Stricker R. et al., JCEM, 2007

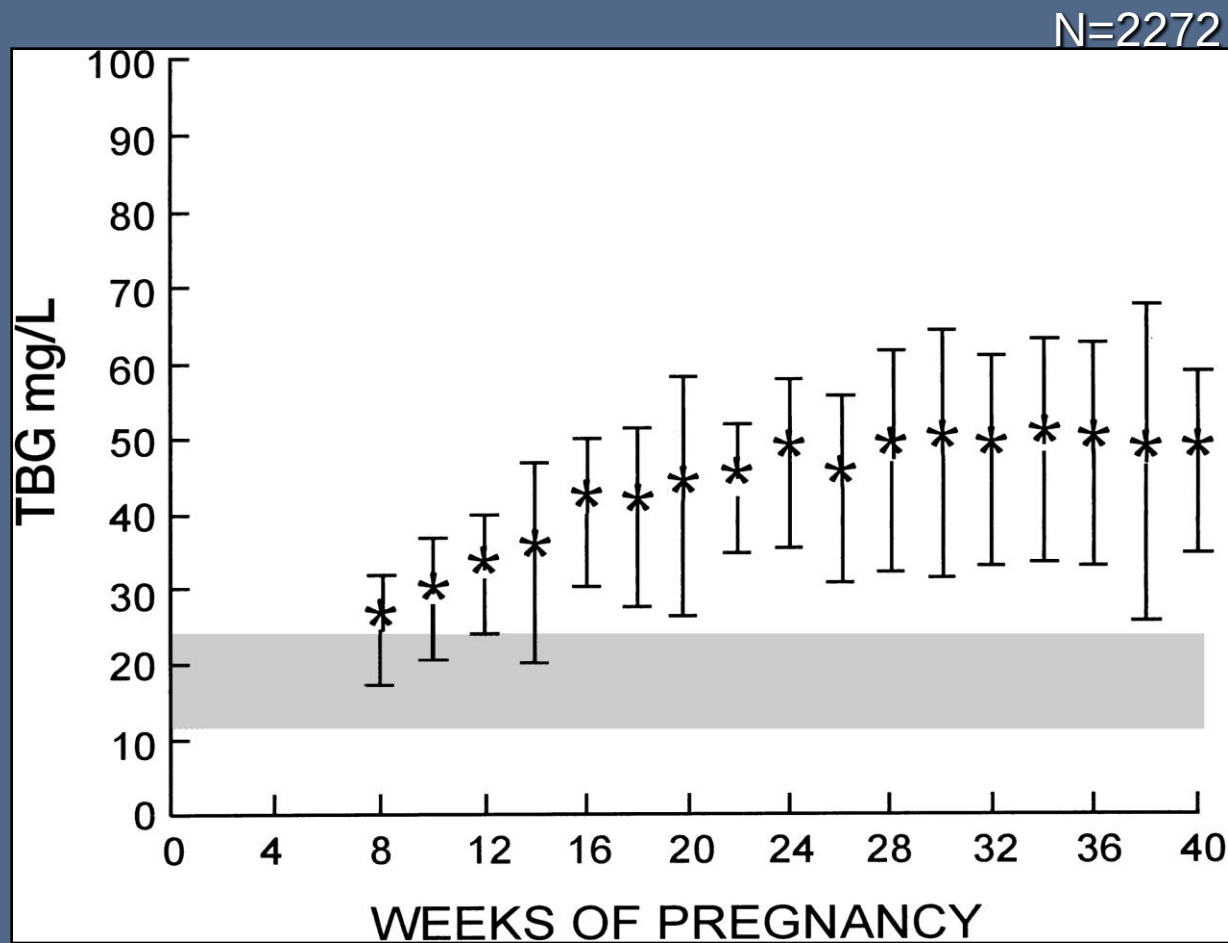
Изменение уровня ТТГ во время беременности

N=335



Cotzias C. et al., European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2007

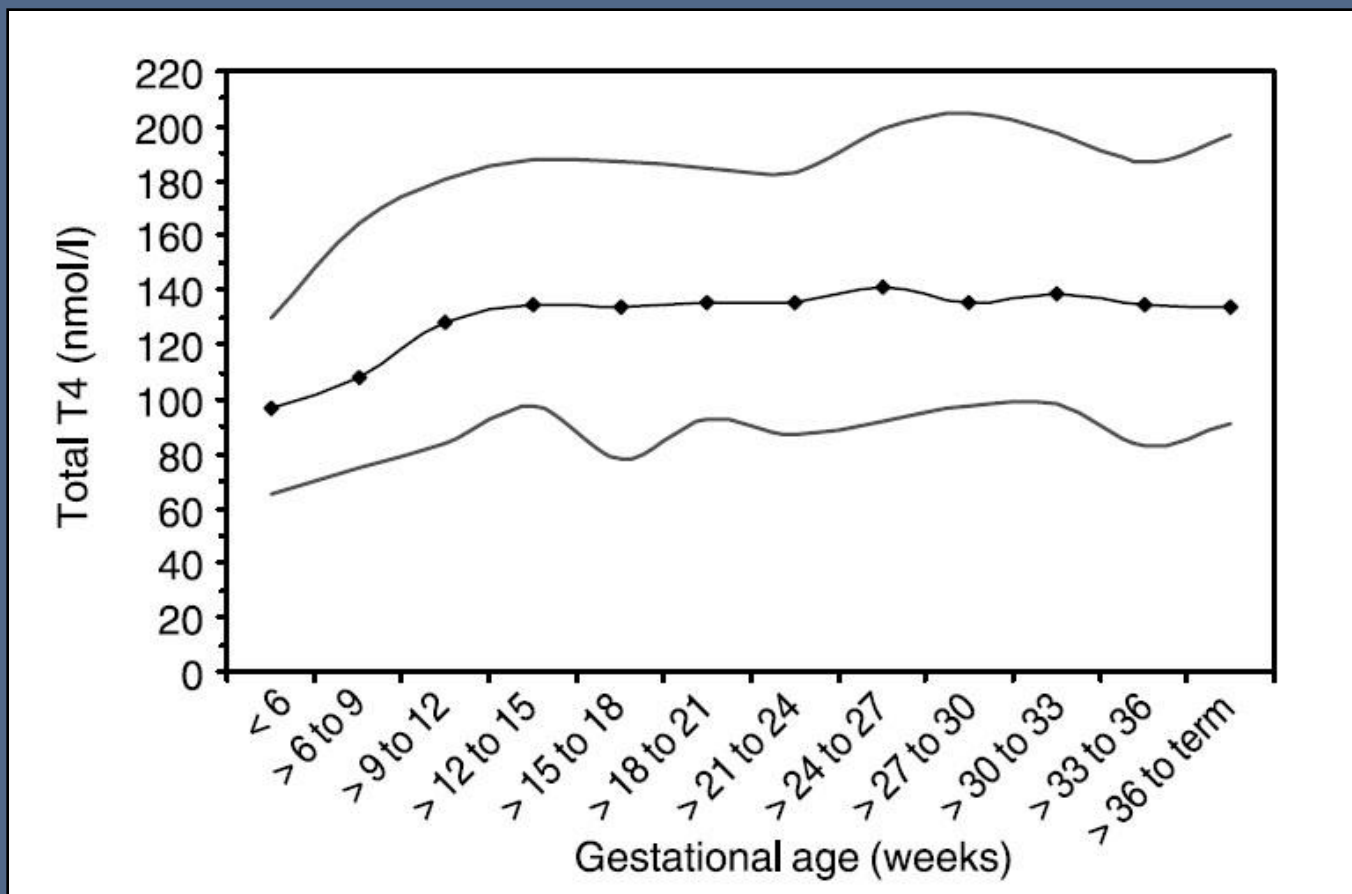
Изменение уровня тироксинсвязывающего глобулина во время беременности



Skjoldebrand L. et al. Thyroid associated components in serum during normal pregnancy. Acta Endocrinol 1982;100:504–11.

Изменение уровня общего Т4 во время беременности

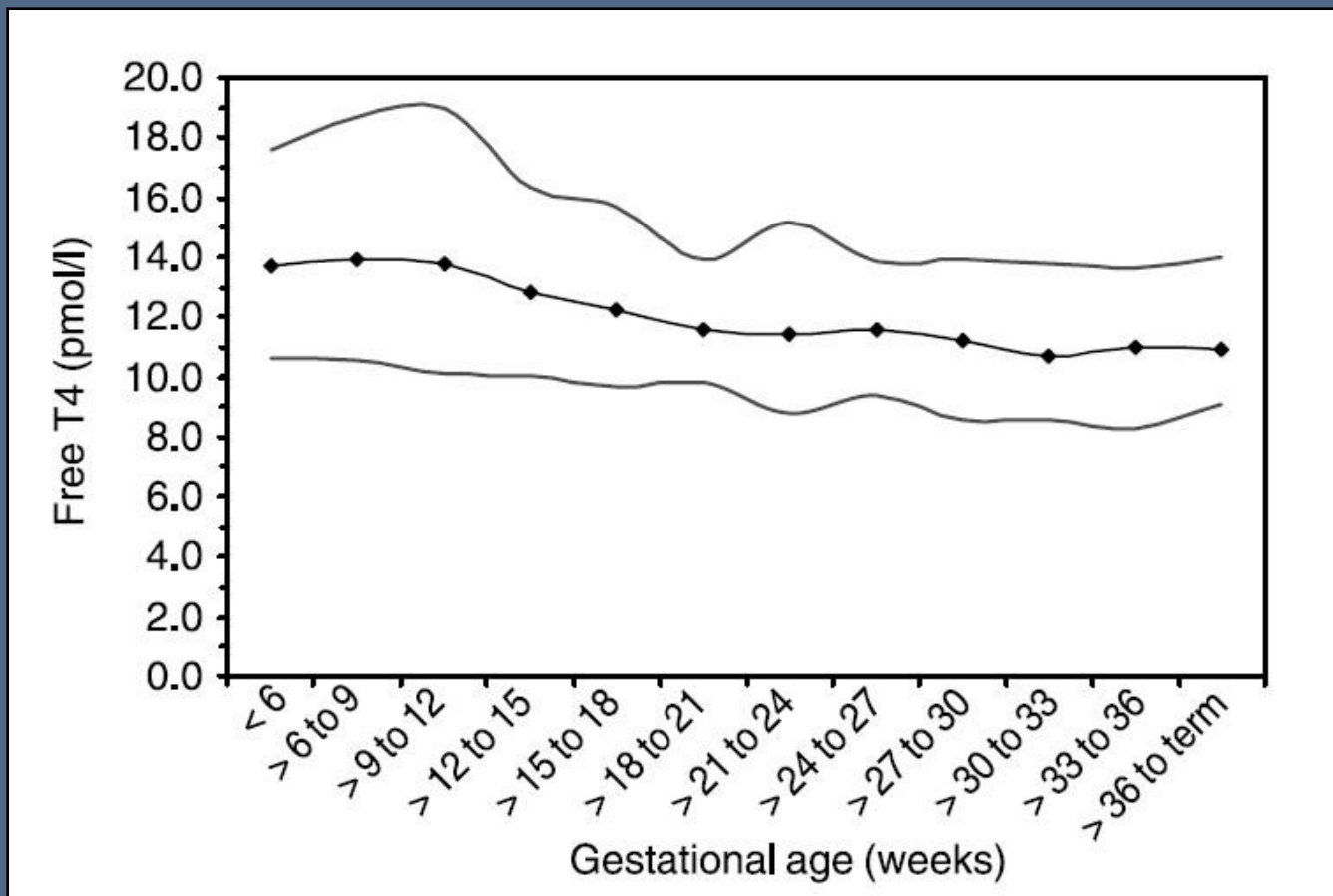
N=2272



Stricker R. et al., JCEM, 2007

Изменение уровня свободной фракции Т4 во время беременности

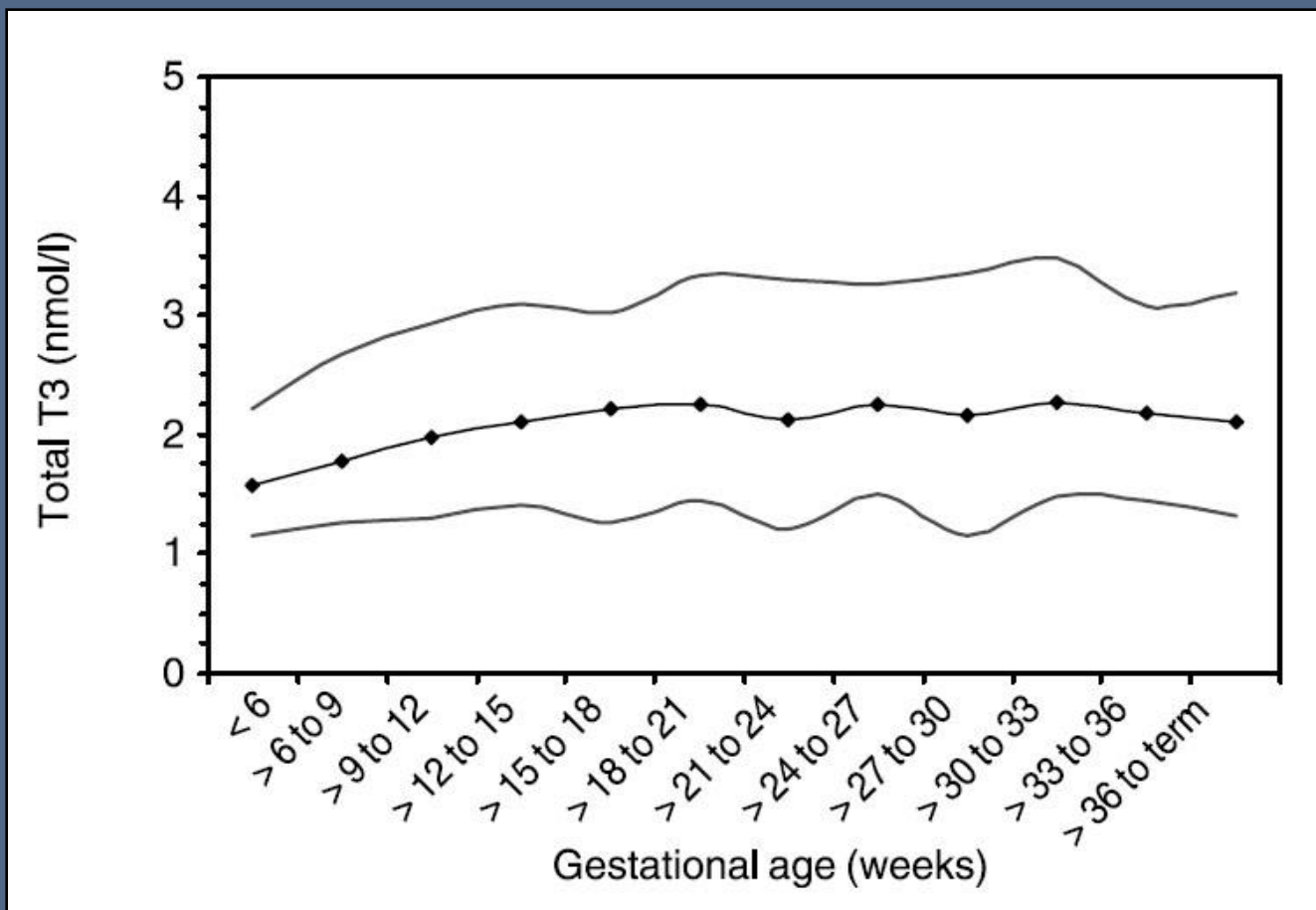
N=2272



Stricker R. et al., JCEM, 2007

Изменение уровня общего Т3 во время беременности

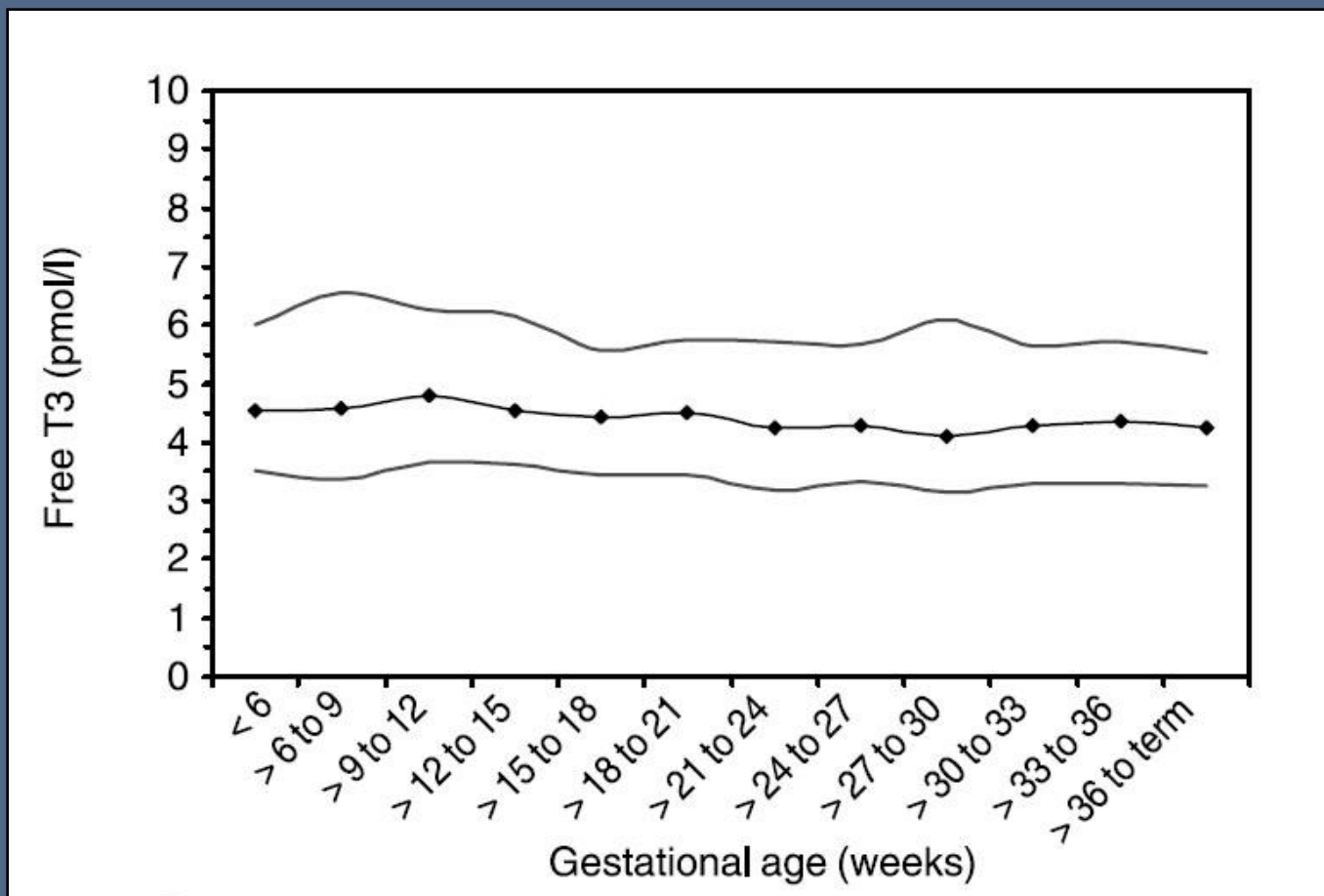
N=2272



Stricker R. et al., JCEM, 2007

Изменение уровня свободной фракции Т3 во время беременности

N=2272



Stricker R. et al., JCEM, 2007

Клинические рекомендации

1.1

Если манифестный гипотиреоз был диагностирован во время беременности, показатели тиреоидных тестов должны быть нормализованы как можно скорее. Тироксин следует дозировать так, чтобы быстро нормализовать и затем поддерживать уровень ТТГ ниже 2,5 мкМЕ/мл в первом триместре (или 3 мкМЕ/мл во втором и третьем триместре) или на уровне, характерном для соответствующего триместра. Тесты для оценки тиреоидной функции следует повторять через 30-40 дней.

Уровень доказательности

A

Хороший

1 | ⊗⊗⊗⊗

Терапия L-тироксином во время беременности

Доза L-тироксина:

- 100-150 мкг в сутки (эмпирическая доза)
- 2,0-2,4 мкг/кг в сутки (расчетная доза)

В случаях тяжелого гипотиреоза, в первые несколько дней может быть использована двойная доза L-тироксина (по отношению к итоговой расчетной дозе) с целью быстрой нормализации внетиреоидного пула гормона

25% женщин с гипотиреозом, имеющих нормальный уровень ТТГ в первом триместре, и 35% женщин, имеющих нормальный уровень ТТГ во втором триместре (без повышения дозы тироксина), потребуют увеличения дозы тироксина для поддержания эутиреоидного статуса на поздних сроках беременности (Mandel, 2004; Alexander, 2004; Rotondi, 2004).

Коррекция дозы L-тироксина во время беременности

Первый контроль уровня гормонов у матерей, получающих заместительную терапию – на 4-8 неделе, с последующей коррекцией дозы тироксина

Альтернативный подход:

повышение дозы тироксина до оценки уровня гормонов, сразу после подтверждения наступления беременности

Коррекция дозы на основе исследования уровня гормонов:

ТТГ 5-10 мкМЕ/мл	25-50 мкг в сутки
ТТГ 10-20 мкМЕ/мл	50-75 мкг в сутки
ТТГ >20 мкМЕ/мл	75-100 мкг в сутки

Пациентки без остаточной функции ЩЖ (тиреоидэктомия, радиойодтерапия, агенезия железы) нуждаются в более высоких дозах тироксина, по сравнению с больными аутоиммунным тиреоидитом

Клинические рекомендации

1.2

Если гипотиреоз был диагностирован до зачатия, мы рекомендуем назначение тироксина с целью достижения уровня ТТГ ниже 2,5 мкМЕ/мл до наступления беременности.

Уровень доказательности

В

Слабый

2 | ⊗○○○

Клинические рекомендации

1.3

Доза тироксина обычно должна повышаться в период 4-8 недель гестации. Повышение дозы может составлять 30-50% от исходной.

Уровень доказательности

A

Хороший

1 | ⊗⊗⊗⊗

Клинические рекомендации

1.4

Женщины с аутоиммунной патологией щитовидной железы, находящиеся в эутиреоидном состоянии на ранних сроках беременности, составляют группу риска по развитию гипотиреоза и должны находиться под наблюдением с целью выявления повышения уровня ТТГ.

Уровень доказательности

A

Хороший

1 | ⊗⊗⊗○

Частота выявления гипотиреоза во время беременности

	Количество беременных	% беременных с повышением ТТГ
Kaplan (1992)	42	27 (64%)
Girling (1992)	33	7 (21%)
McDougal (1995)	20	20 (100%)
Caixas (1999)	41	19 (46%)
Abalovich (2002)	95	66 (70%)
Chopra (2003)	13	6 (46%)
Alexander (2004)	19	17 (89%)
Всего	263	162 (61%)

Kaplan. *Postgrad Med.* 1993;93(1):249-52, 255-6, 260-2. Girling JC, *Br. J Obstet Gynaecol.* 1992;99(5):368-70. Caixas J *Clin Endocrinol Metab.* 1999;84(11):4000-5. Abalovich *Thyroid.* 2002 Jan;12(1):63-8; Chopra. *Metabolism.* 2003 J52(1):122-8. Alexander EK. *N Engl J Med.* 2004 Jul 15;351(3):241-9.

Клинические рекомендации

1.5

Субклинический гипотиреоз (повышение уровня ТТГ в сочетании с нормальным уровнем свободной фракции Т4) ассоциирован с неблагоприятными последствиями как для матери, так и для плода.

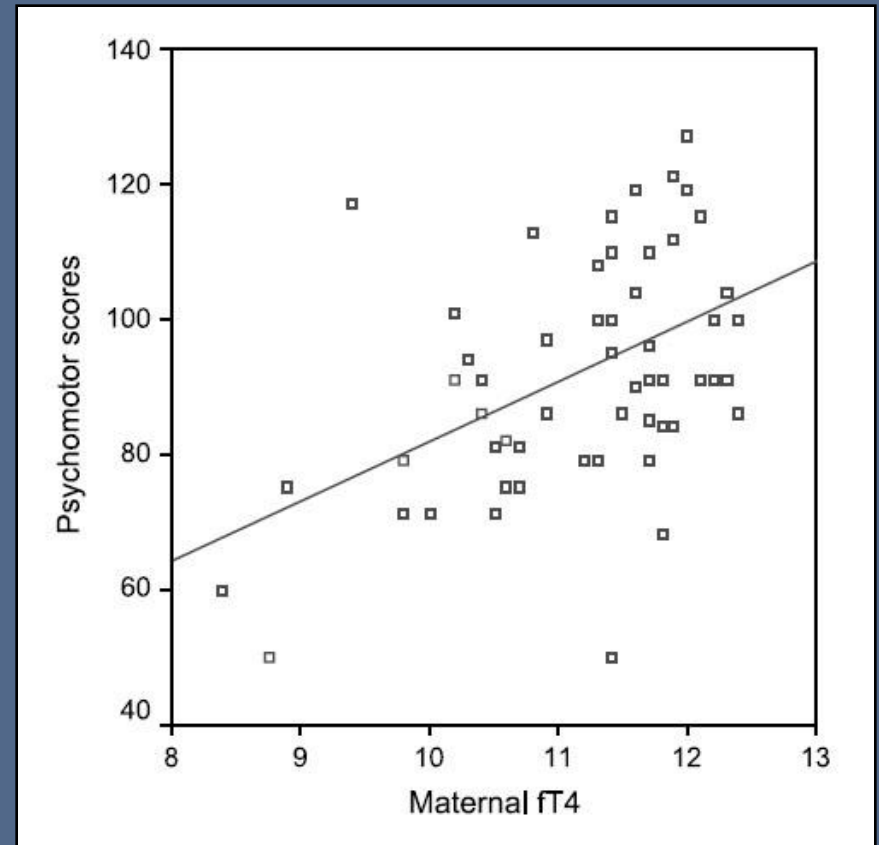
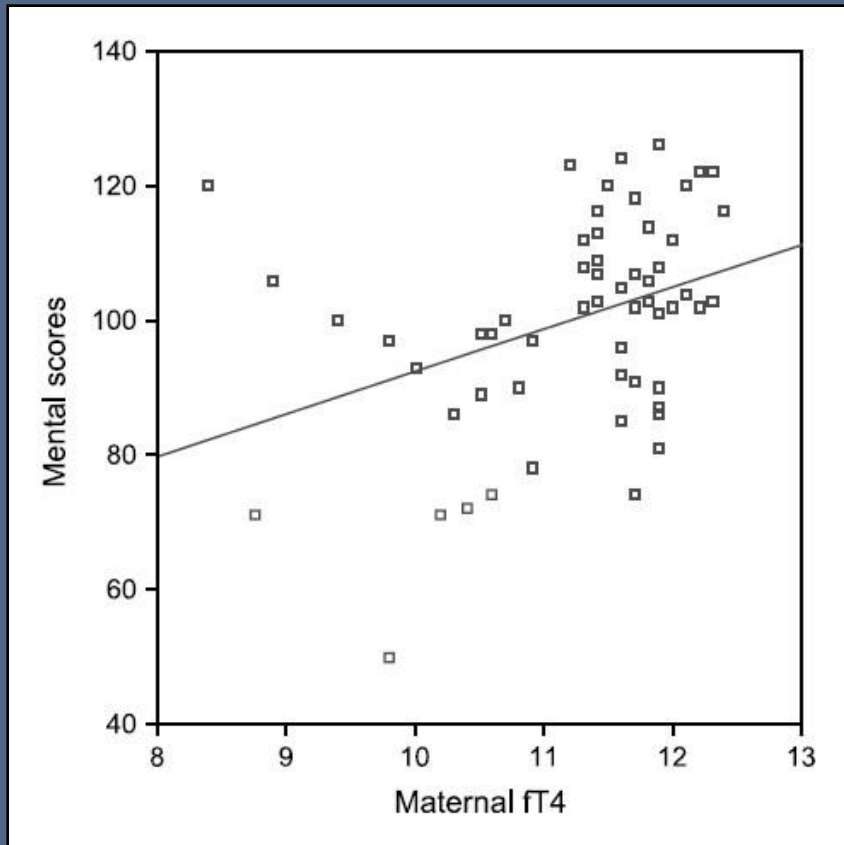
Уровень доказательности

В

Средний

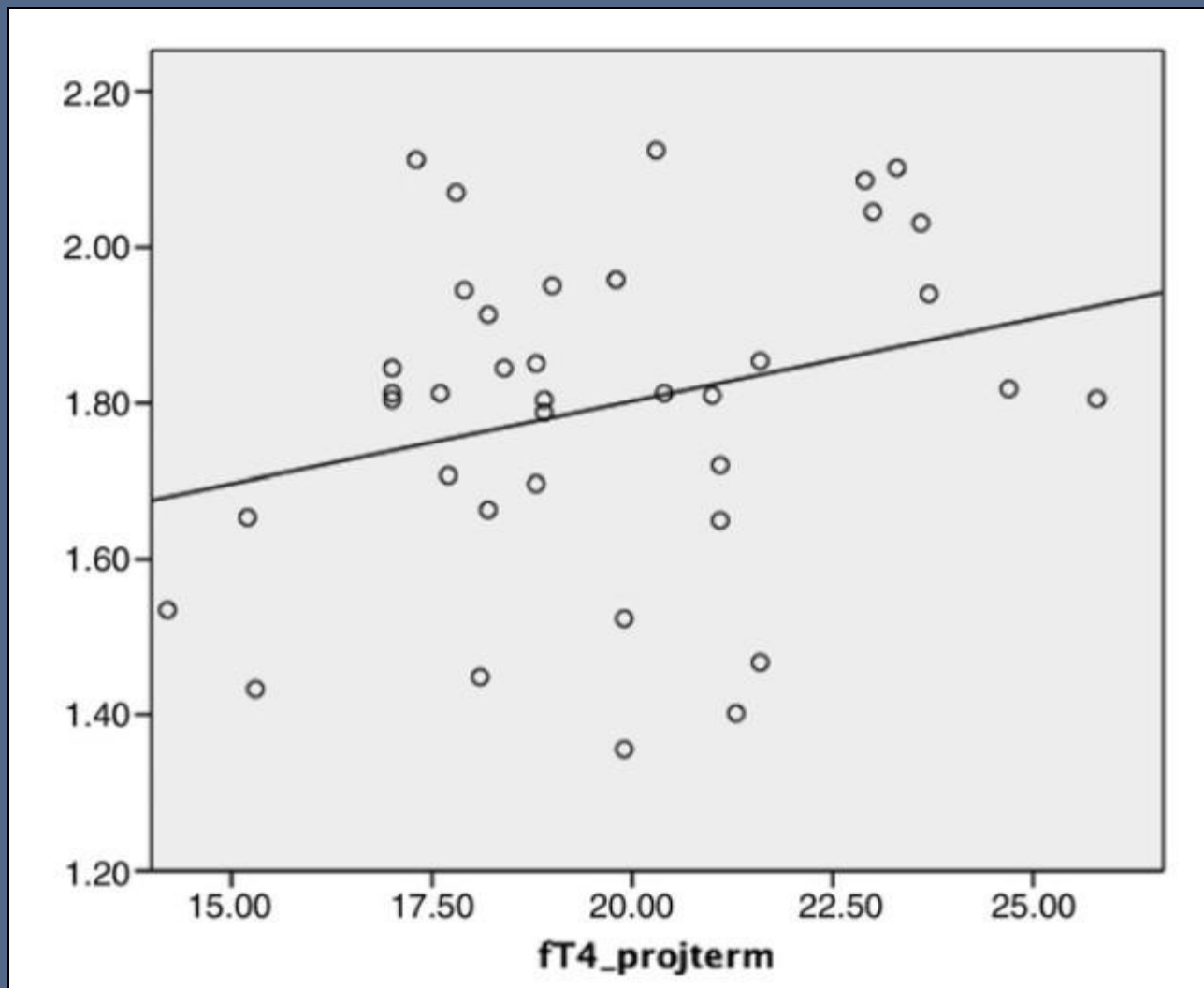
1 | ⊗⊗○○

Зависимость уровня умственного и психомоторного развития ребенка от уровня свободного Т4 во время беременности



Pop V.J. et al., Clin Endocr, 2003

Зависимость уровня реакции на визуальные раздражители от уровня свободной фракции Т4 у недоношенных детей
(Bayley Scales of Infant Development-Second Edition (BSID-II))



Клинические рекомендации

1.5

Хотя эффективность лечения тироксином не была доказана, группа экспертов рекомендует использовать заместительную терапию тироксином, исходя из того, что потенциальная эффективность этого вида лечения превышает его потенциальный риск.

Уровень доказательности

I

Плохой

2 | ○○○○

Клинические рекомендации

1.6

Известно, что гипотиреоз как матери, так и плода, оказывает выраженное негативное влияние на плод. Именно поэтому следует избегать развития гипотиреоза у матери.

Уровень доказательности

Манифестный

Субклинический

A

I

Средний

Плохой

1 | ⊗⊗⊗○

2 | ○○○○

Осложнения беременности и родов в зависимости от уровня ТТГ во втором триместре

Table 3 Selected demographic data and rates of complications involving pregnancy and delivery, according to TSH measurement

	TSH measurement (mU/l)		
	<6	6-9.99	≥ 10
Number of pregnancies	9194	172	37
Vaginal bleeding (%)	11	10	11
Mean gestational age at delivery (weeks)	40.2	40.3	40.2
Mean birthweight (grams)	3448	3451	3498
Abruptio placentae (%)	0.7	1.2	0
Pregnancy induced hypertension (%)	3.9	4.7	2.7
Cesarean section (%)	22	24	16
Apgar <3 @ 5 minutes (%)	0.4	0	2.7
Apgar <6 @ 5 minutes (%)	1.5	2.9	2.7
Fetal deaths† (%)	0.9	2.9	8.1 (p<0.001)*
Neonatal deaths‡ (%)	0.4	0.0	2.7

*Only comparison to reach statistical significance compared to value for group <6 mU/l.

†Includes all in utero deaths between the time of enrollment and term.

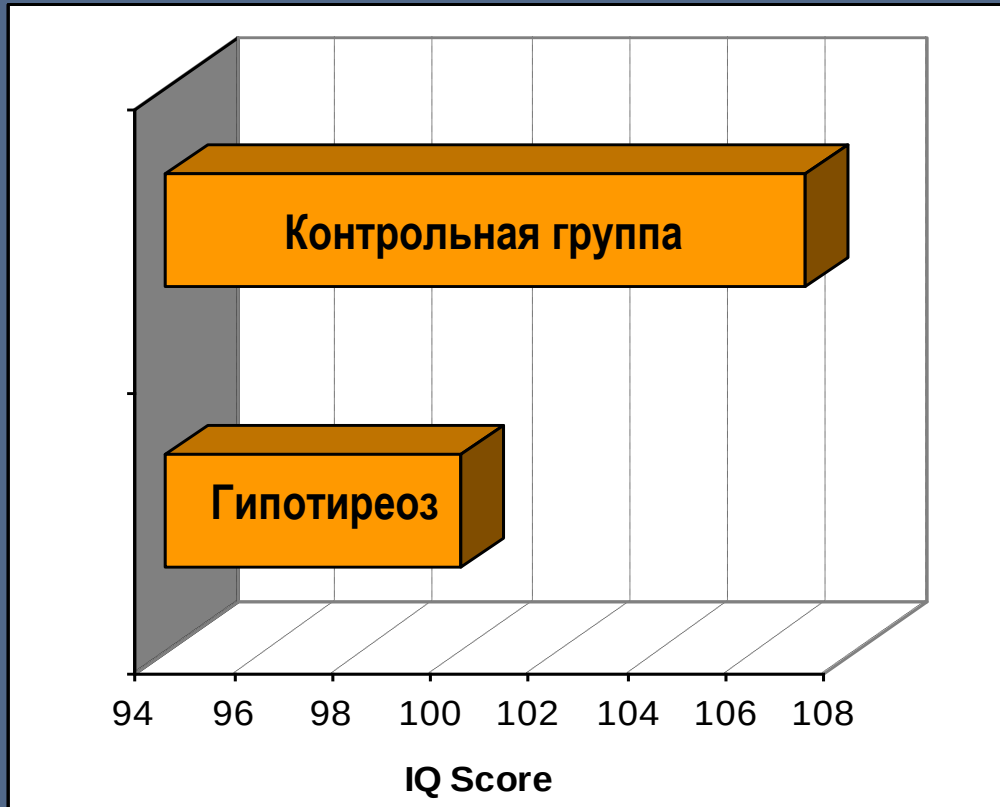
‡Includes all deaths occurring after a live birth, up to 1 month of age.

Показатели интеллектуального развития детей в зависимости от тиреоидного статуса матери во время беременности

VARIABLE	WOMEN WITH		CONTROL		
	HYPOTHYROIDISM		CHILDREN		
	TEST	(N=62)	(N=124)	MEAN DIFFERENCE†	P VALUE
Serum thyrotropin concentration (mU/liter)	Intelligence				
	WISC-III full-scale IQ score	103±15	107±12	-4.1±2.1	0.06
Serum thyroxine concentration (µg/dl)	WISC-III full-scale IQ score ≤85 (%)	15	5	3 (1-8)	0.08
Serum free thyroxine concentration (ng/dl)	Attention				
	WISC-III freedom-from-distractibility score	98±13	102±13	-3±2	0.08
High serum concentrations of anti-thyroid peroxidase antibodies (%)	Continuous Performance Test score >8 (%)‡	37	19	3 (1-5)	0.01
	Language				
	Test of Language Development score				
	Word articulation	10.1±2.5	10.2±2.4	-0.2±0.4	0.80
	Word discrimination	10.5±2.9	11.4±2.4	-0.9±0.4	0.04
	WISC-III verbal IQ score	103±16	107±16	-4.2±2.2	0.06
	Reading ability and school performance				
	PIAT-R reading-recognition score	96±14	100±16	-3.8±2.5	0.14
	PIAT-R reading-comprehension score	98±17	101±17	-3.0±2.6	0.20
	School difficulties and learning problems (%)‡	23	11	2 (1-6)	0.06
	Repeated a grade (%)‡	8	4	2 (0.6-7)	0.40
	Visual-motor performance				
	Score on Developmental Test of Visual-Motor Integration	96±13	97±11	-1±2	0.40
	WISC-III performance IQ score	101±16	105±13	-4±2	0.08
	Pegboard-test score				
	Dominant hand‡	86±16	83±15	3±2	0.10
	Nondominant hand‡	94±22	89±16	5±3	0.10

Haddow J.E. et al., NEJM, 1999

Показатели интеллектуального развития детей в зависимости от тиреоидного статуса матери во время беременности



Контрольная группа, n = 124
Нелеченный гипотиреоз, n = 48

- Уровень IQ у детей, чьи матери страдали гипотиреозом (нелеченным) во время беременности были достоверно ниже по сравнению с контрольной группой
- Уровень IQ у детей, чьи матери получали терапию по поводу гипотиреоза, не отличался от контрольной группы

Клинические рекомендации

1.6

В группах риска скрининг на гипотиреоз рекомендуется на первом пренатальном визите к врачу

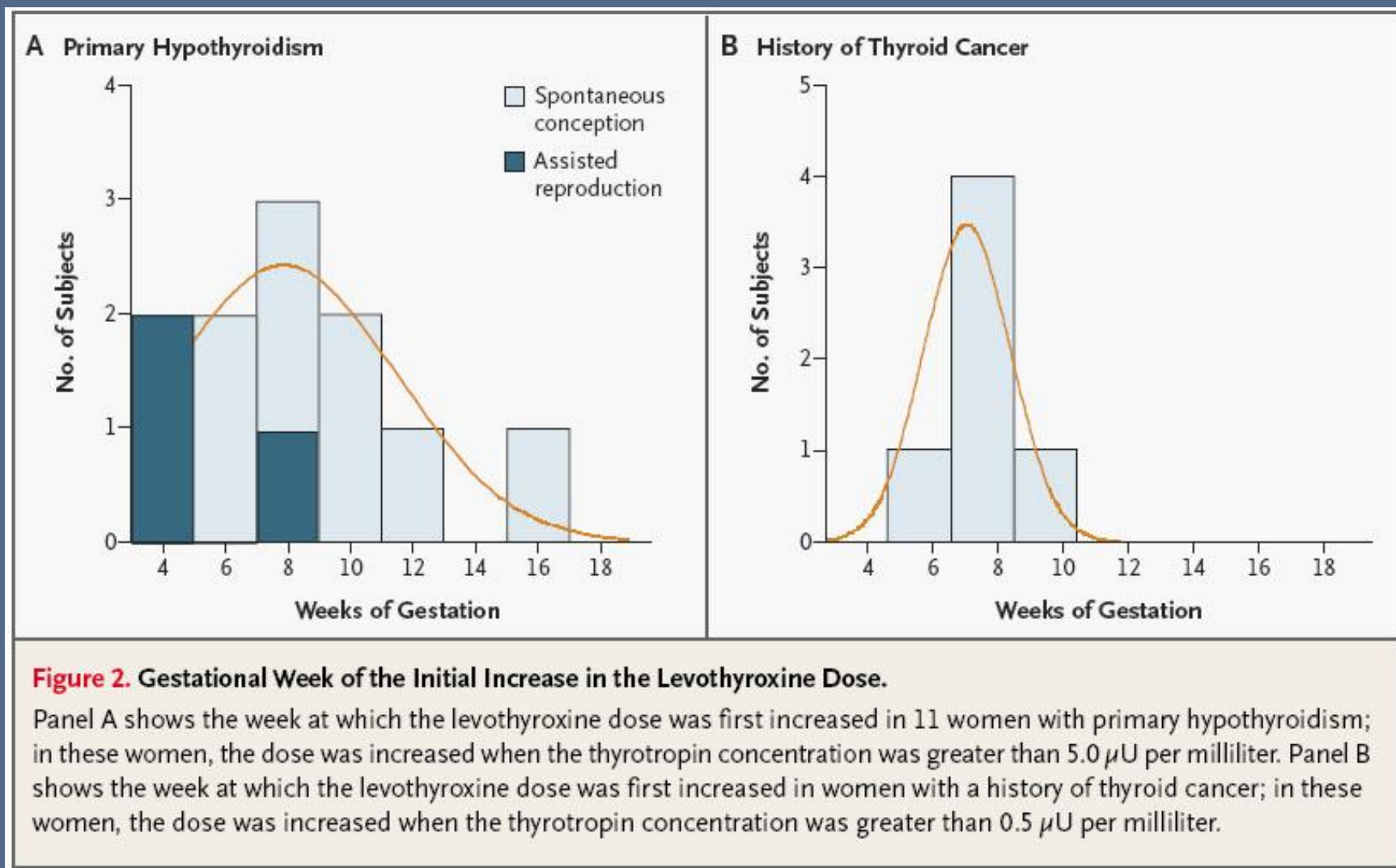
Уровень доказательности

I

Плохой

2 | ○○○○

Время выявления повышенного уровня ТТГ



Клинические рекомендации

1.7

Большинство женщин с гипотиреозом нуждаются в снижении дозы принимаемого тироксина после родов (по сравнению с принимаемой во время беременности).

Уровень доказательности

A

Хороший

1 | ⊗ ⊗ ⊗ ⊗

Раздел 2.1

Беременность и тиреотоксикоз: материнские аспекты

Клинические рекомендации

2.1.1

Если во время беременности выявляется снижение уровня ТТГ, следует дифференцировать тиреотоксикоз от нормальных изменений во время беременности и последствий рвоты беременных (hyperemesis gravidarum) в связи с негативным влиянием манифестного тиреотоксикоза на мать и плод. Дифференциальный диагноз болезни Грейвса от гестационного тиреотоксикоза базируется на признаках наличия аутоиммунного процесса, выявлении зоба и антител к рецептору ТТГ.

Уровень доказательности

A

Хороший

1 | ⊗ ⊗ ⊗ ⊗

Клинические рекомендации

2.1.2

При тиреотоксикозе вследствие болезни Грейвса или многоузлового токсического зоба тиреостатическая терапия должна быть начата (при впервые выявленном заболевании) или изменена (при предсуществующем заболевании) таким образом, чтобы уровень Т4 у женщины соответствовал нормативам для соответствующих триместров беременности или был на верхней границе нормы для стандартных референтных значения для взрослых или же уровень общего Т4 был в 1,5 раза выше нормы.

Уровень доказательности

A

Хороший

1 | ⊗⊗⊗⊗

Клинические рекомендации

2.1.3

Поскольку были описаны случаи врожденных аномалий у детей, рожденных женщинами, принимавшими во время беременности тиамазол, препаратом выбора тиреостатической терапии для беременных, особенно в первом триместре, следует считать пропилтиоурацил (ПТУ). При отсутствии ПТУ, а также при его непереносимости может назначаться тиамазол .

Уровень доказательности

В

Средний

1 | ⊗⊗○○

Клинические рекомендации

2.1.4

Субтотальная тиреоидэктомия может быть показана во время беременности пациенткам с болезнью Грейвса в случае если:

- ✓ у пациентки тяжелые побочные реакции на тиреостатики;
- ✓ высока потребность в тиреостатиках (нужно назначить большую дозу);
- ✓ пациентка отказывается принимать тиреостатики (некомплаентна).

Оптимальным временем для операции является второй триместр беременности.

Уровень доказательности

I

Плохой

2 | ⊗○○○

Клинические рекомендации

2.1.5

Данных о том, что лечение субклинического тиреотоксикоза улучшает исходы беременности нет, при этом такая терапия может сопровождаться неблагоприятными последствиями.

Уровень доказательности

I

Плохой

2 | ⊗○○○

Раздел 2.2

Беременность и тиреотоксикоз: фетальные аспекты

Клинические рекомендации

2.2.1

Антитела к рецептору ТТГ (АТ-рТТГ) свободно проникают через плаценту и могут стимулировать ЩЖ плода. Уровень этих антител необходимо оценивать до беременности или в конце второго триместра у женщин с болезнью Грейвса (БГ), а также у женщин с БГ в анамнезе, которые получали ^{131}I или которым была предпринята тиреоидэктомия, а также в случае неонатального тиреотоксикоза в анамнезе. Если у женщины не определяются АТ-рТТГ, и она не получает тиреостатики, риск фетального или неонатального нарушения функции ЩЖ очень низок.

Уровень доказательности

В

Средний

1 | ⊗⊗⊗○

Клинические рекомендации

2.2.2

^{131}I противопоказан женщинам, которые беременны или могут быть беременны. Если ^{131}I был по случайности назначен беременной женщине, её необходимо информировать о радиационном риске, включая риск разрушения у плода ЩЖ, если ^{131}I был принят после 12-й недели беременности.

Уровень доказательности

A

Хороший

Клинические рекомендации

2.2.2

Рекомендации «за» или «против» прерывания беременности, во время которой женщина получила ^{131}I , отсутствуют.

Уровень доказательности

I

Плохой

2 | ⊗○○○

Клинические рекомендации

2.2.3

У женщин с повышенным уровнем АТ-рТТГ, а также у женщин, получавших тиреостатическую терапию по поводу болезни Грейвса, необходимо проведение УЗИ плода с целью выявления признаков нарушения функции ЩЖ, к которым могут относиться задержка роста, отёчность, зоб, сердечная недостаточность.

Уровень доказательности

В

Средний

2 | ⊗⊗⊗○

Клинические рекомендации

2.2.4

Исследование пуповинной крови рекомендуется только в случае, если диагноз патологии щитовидной железы плода не очевиден по данным клинической картины и только, если его результаты такого анализа могут отразиться на дальнейшей лечебной тактике.

Уровень доказательности

В

Средний

2 | ⊗⊗⊗○

Клинические рекомендации

2.2.5

У всех новорожденных от женщин с болезнью Грейвса необходимо оценивать функцию щитовидной железы и, при необходимости, проводить соответствующее лечение.

Уровень доказательности

B

Средний

2 | ⊗○○○

Раздел 3

Рвота беременных и тиреотоксикоз

Клинические рекомендации

3.1

Функцию ЩЖ необходимо оценивать у всех женщин со рвотой беременных (hyperemesis gravidarum) (потеря 5% веса; дегидратация, кетонурия).

Уровень доказательности

I

Плохой

2 | ⊗○○○

Клинические рекомендации

3.1

Небольшому количеству женщин с рвотой беременных (hyperemesis gravidarum) может понадобиться назначение тиреостатической терапии.

Уровень доказательности

A

Хороший

1 | ⊗ ⊗ ⊗ ⊗

Клинические рекомендации

3.1

При тиреотоксикозе вследствие болезни Грейвса показана тиреостатическая терапия.

Уровень доказательности

B

Средний

1 | ⊗⊗⊗○

Клинические рекомендации

3.1

При гестационном гипертиреозе с выраженным повышением уровня тиреоидных гормонов (свободный T4 выше нормы, общий T4 > 150% от верхней границы нормы для беременных, ТТГ < 0,1 мкМЕ/мл) в сочетании с выраженными симптомами тиреотоксикоза также может потребоваться тиреостатическая терапия, длительность которой определяется по результатам клинических исследований.

Уровень доказательности

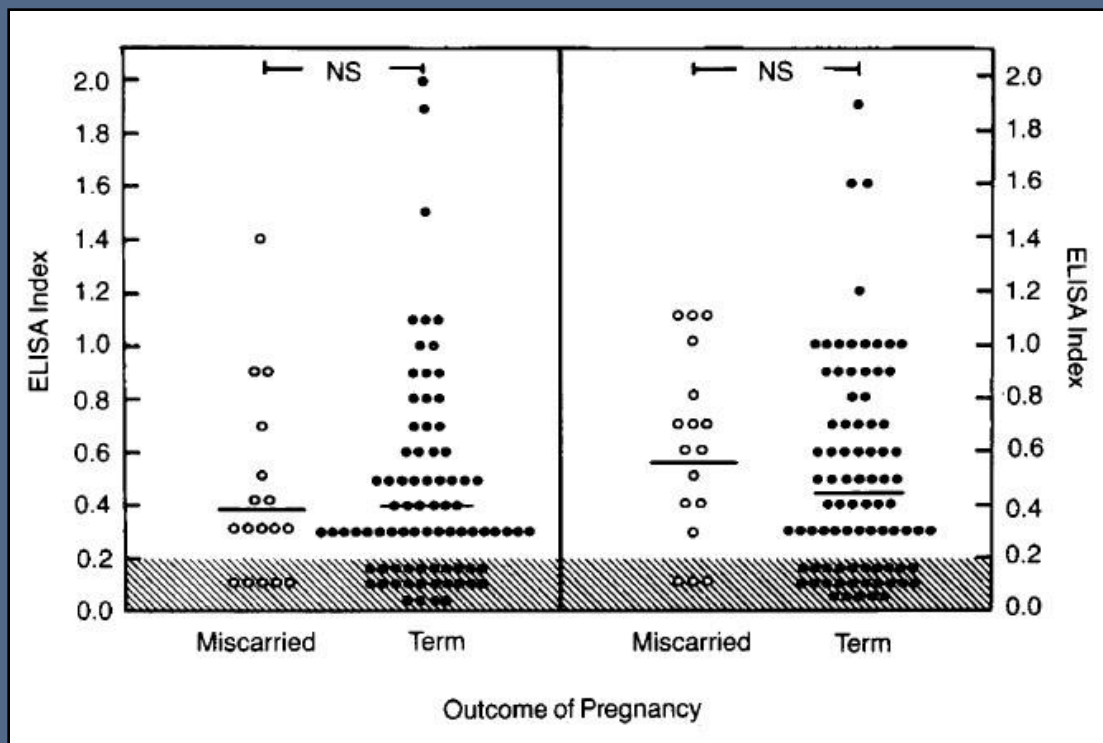
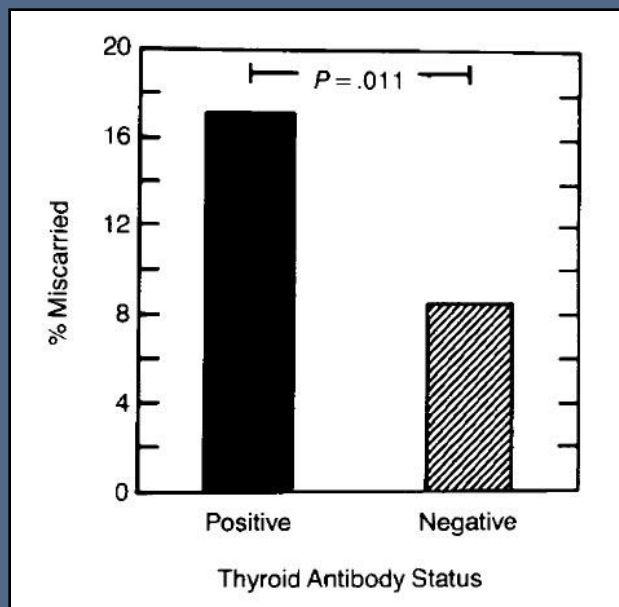
I

Плохой

2 | ⊗○○○

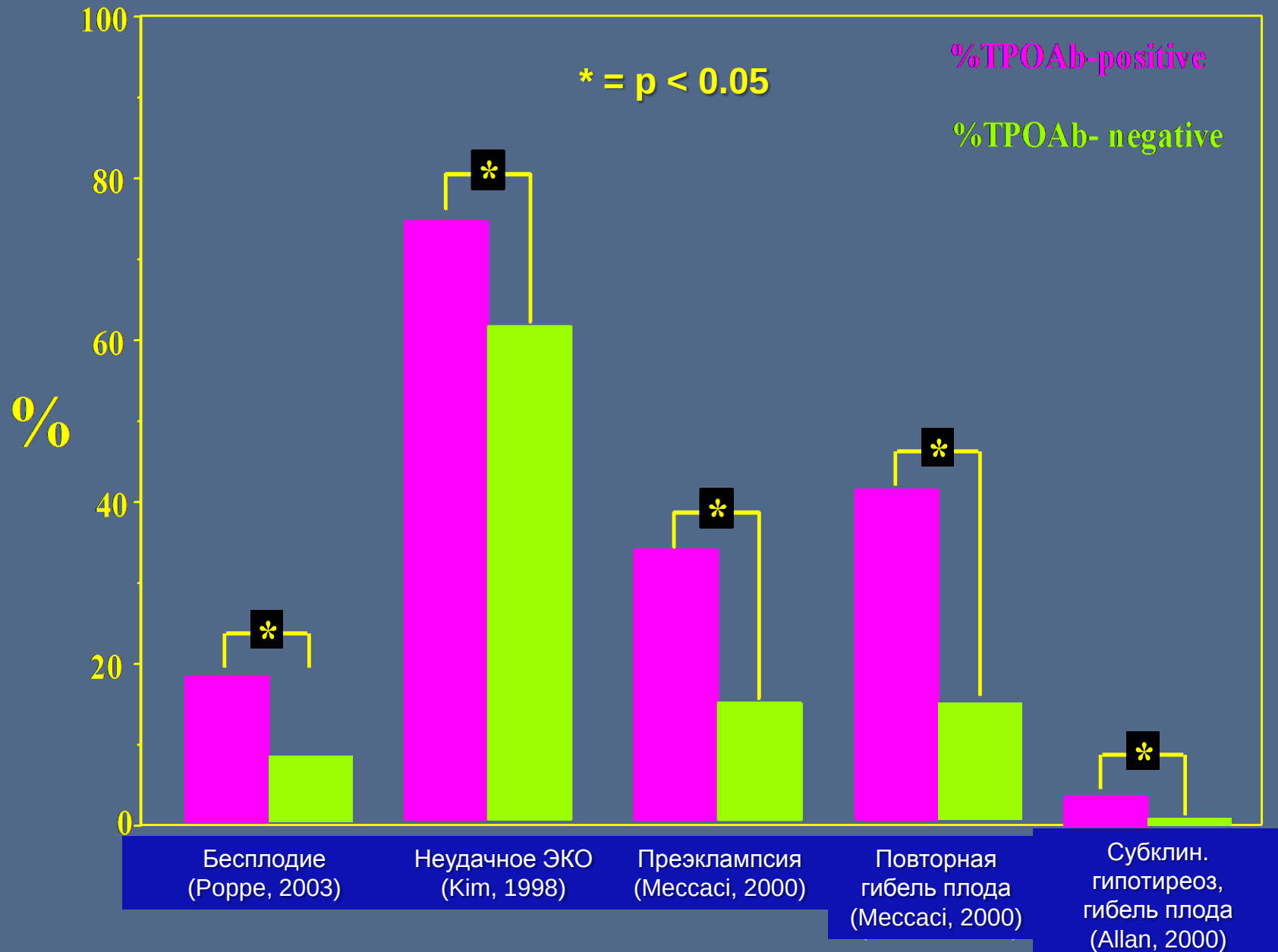
Раздел 4
Аутоиммунные заболевания
щитовидной железы и
самопроизвольное прерывание
беременности

Риск преждевременного прерывания беременности при наличии повышенных титров антитиреоидных антител



Stagnaro-Green A. et al., JAMA, 1990

Связь осложнений беременности с повышенными титрами АТ к ТПО у женщин



Клинические рекомендации

4.1

Несмотря на то, что носительство АТ-ТПО ассоциировано с самопроизвольным прерыванием беременности, скрининговое обследование на АТ-ТПО в настоящее время не может быть рекомендовано, поскольку не существует какого-либо метода, эффективность которого базируется на исследованиях с качественным дизайном, который бы мог снизить вероятность прерывания беременности у женщин с АТ-ТПО и эутиреозом.

Уровень доказательности

I

Плохой

2 | ⊗○○○

Раздел 5

Узловой зоб и рак щитовидной железы

Клинические рекомендации

5.1

Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) с последующим цитологическим исследованием показана беременным женщинам при узлах ЩЖ более 1 см в диаметре. ТАБ под контролем УЗИ имеет преимущества в том плане, что позволяет минимизировать вероятность получения неадекватного материала.

Уровень доказательности

В

Средний

1 | ⊗⊗⊗○

Клинические рекомендации

5.2

Если узел, обнаруженный в первом или начале второго триместра, оказался раком, беременность не должна прерываться, но во втором триместре, до того как плод станет жизнеспособным, целесообразно оперативное лечение. В той ситуации, когда по данным ТАБ обнаружен папиллярный рак или фолликулярная неоплазия, и при этом отсутствуют данные о наличии распространенного варианта заболевания, если женщина предпочитает отложить полноценное лечение до послеродового периода, её необходимо заверить в том, что большинство высокодифференцированных раков ЩЖ характеризуются весьма медленным ростом и в том, что перенос операции на послеродовой период, наиболее вероятно, не изменит прогноз.

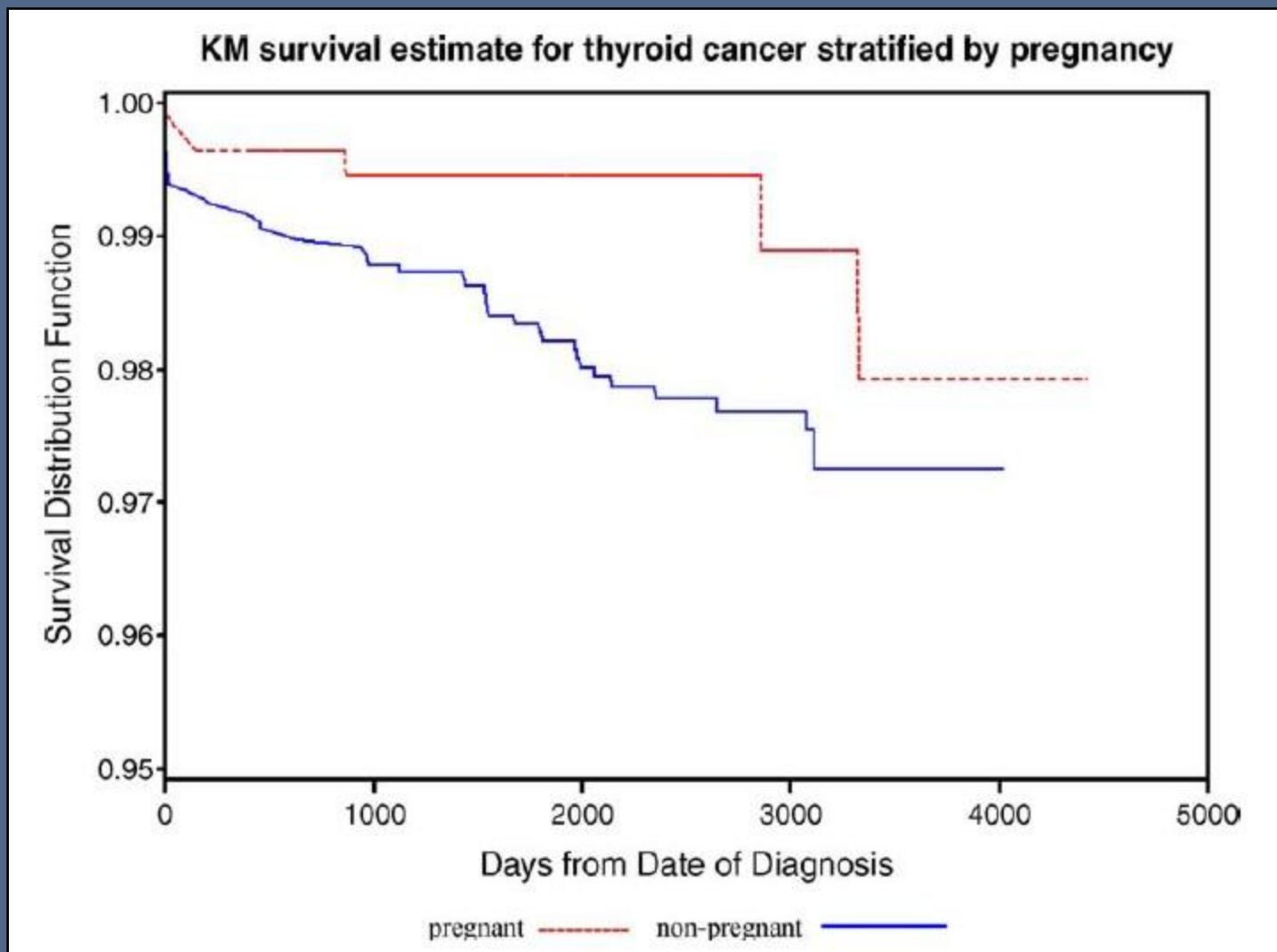
Уровень доказательности

B

Средний

1 | ⊗⊗⊗○

Показатели выживаемости у больных раком ЩЖ



Yasmeen S. et al., Int J Obstet Gyn, 2005

Клинические рекомендации

5.3

Во время беременности у женщин, в прошлом получавших лечение по поводу высокодифференцированного рака ЩЖ, а также если при ТАБ во время беременности получен материал, подозрительный на рак ЩЖ, а оперативное лечение решено отложить до послеродового периода, приемлемо назначение препаратов тиреоидных гормонов в дозах, обеспечивающих поддержание уровня ТТГ на сниженном, но определяемом уровне. Уровень свободного или общего Т4 не должен превышать нормальный уровень, рекомендованный для беременных.

Уровень доказательности

I

Плохой

2 | ⊗○○○

Клинические рекомендации

5.4

Лечение I^{131} противопоказан кормящим женщинам.

Уровень доказательности

B

Средний

2 | ⊗ ⊗ ⊗ ⊗

Клинические рекомендации

5.4

Женщинам, получавшим терапевтическую активность I^{131} по поводу рака ЩЖ, беременность желательно отложить сроком от 6 до 12 месяцев с целью достижения стабильной функции ЩЖ, а также получения подтверждения ремиссии опухоли.

Уровень доказательности

В

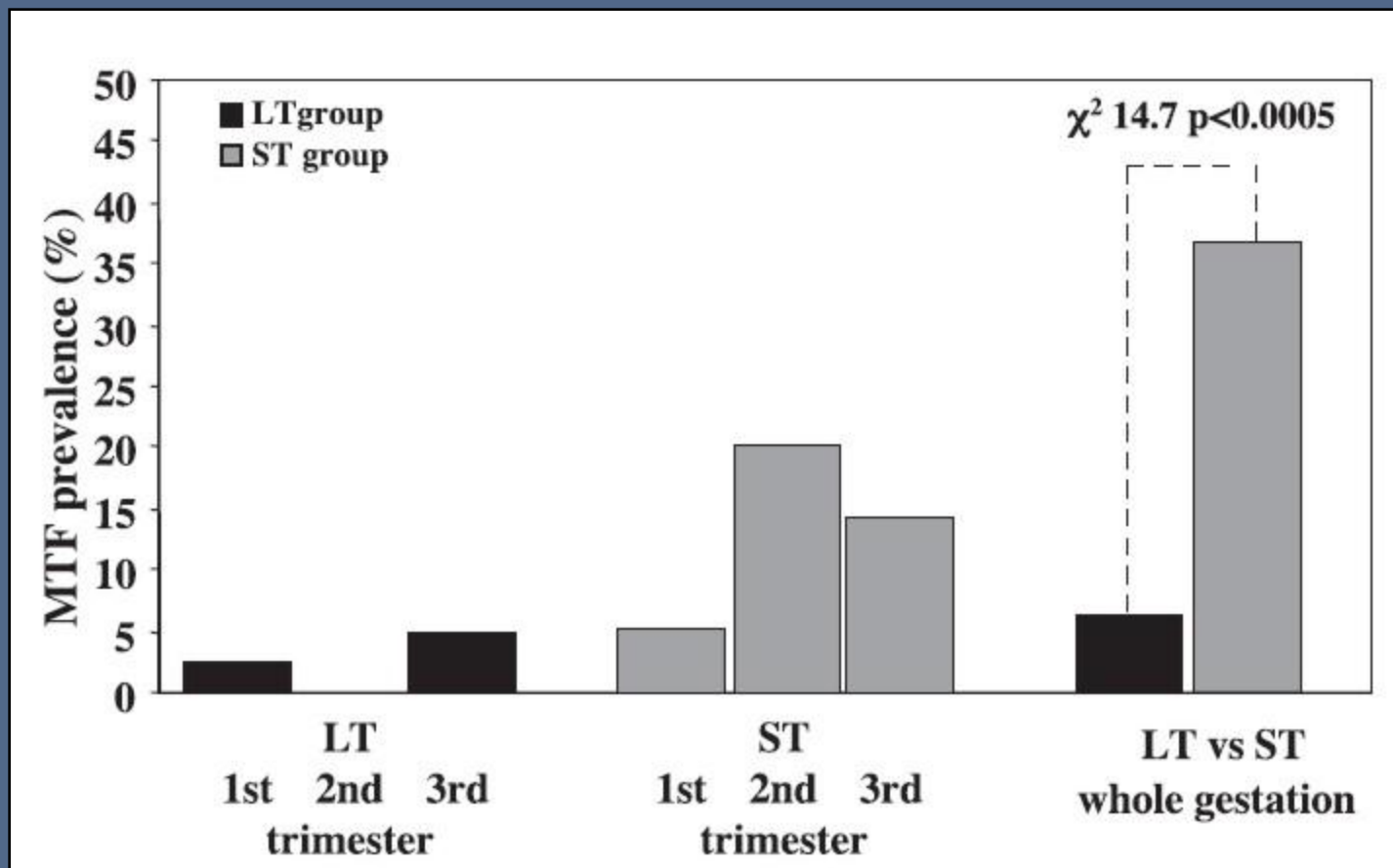
Средний

1 | ⊗⊗○○

Раздел 6

Беременность и потребность в йоде

Влияние йодпрофилактики на частоту развития гипотиреоза и гипотироксинемии у беременных



Moleti et al. Iodized Salt and Gestational Thyroid Failure
JCEM, July 2008, 93(7):2616–2621

Влияние йодного дефицита во время беременности на развитие детей

Страна	Результат	Авторы
Испания	Снижение психомоторного и умственного развития	Bleichrodt, 1989
Италия (Сицилия)	Снижение способностей к восприятию; нейро-мышечные, нейро-сенсорные нарушения	Vermiglio, 1990
Италия (Тоскана)	Снижение IQ, способностей к восприятию информации, моторного развития	Fenzi, 1990
Италия (Тоскана)	Снижение скорости моторной реакции на визуальный стимул	Vitti, 1992 Aghini-Lombardi, 1995
Индия	Снижение способности к обучению	Tiwari, 1996
Иран	Задержка психомоторного развития	Azizi, 1993

Клинические рекомендации

6.1

Суточная потребность в йоде женщин детородного возраста составляет 150 мкг/сут. Во время беременности и грудного вскармливания суточная потребность в йоде возрастает до 250 мкг.

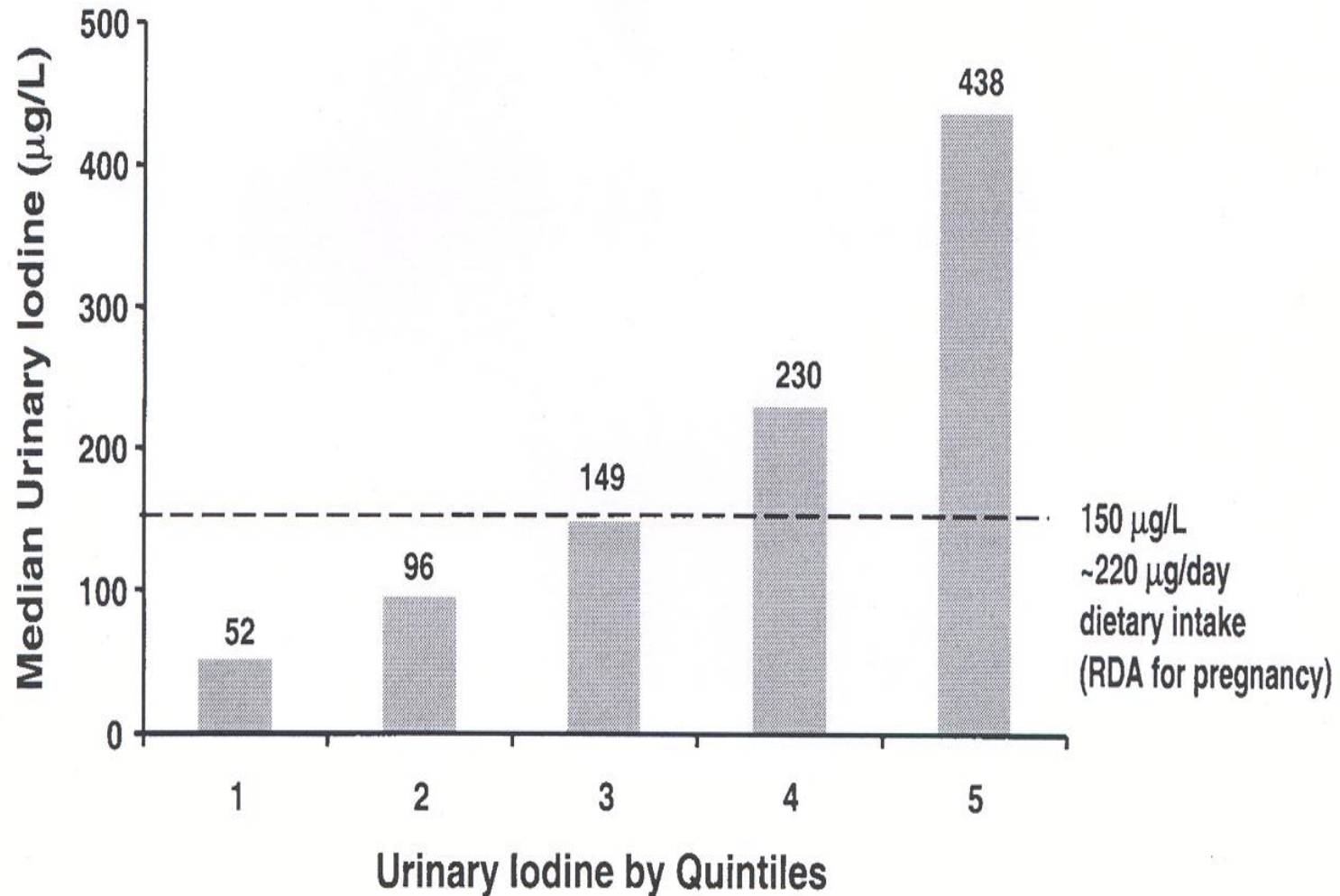
Уровень доказательности

A

Хороший

1 | ⊗⊗⊗○

Уровень йодурии у 100 беременных женщин в Бостоне (1-2 триместр)



Клинические рекомендации

6.2

Не желательно, чтобы во время беременности и грудного вскармливания суточное потребление йода превышало рекомендуемое более, чем в 2 раза (500 мкг/сут).

Уровень доказательности

I

Плохой

2 | ⊗○○○

Клинические рекомендации

6.3

Для оценки адекватности потребления йода беременными женщинами рекомендуется оценка уровня йодурии в референтной когорте. В идеале медиана йодурии должна колебаться в пределах 150 — 250 мкг/л.

Уровень доказательности

A

Хороший

1 | ⊗⊗⊗⊗

Клинические рекомендации

6.4

Для достижения рекомендуемой суточной потребности в йоде необходимо рассматривать различные методы йодной профилактики, приспособленные к существующему уровню потребления йода в той или иной популяции:

- 1). страны, где нет йодного дефицита и/или хорошо налажено всеобщее йодирование соли;
- 2). страны, где отсутствует всеобщее йодирование соли или соль йодируется лишь частично;
- 3). страны, где йодирование соли недостижимо при тяжёлых социально-экономических условиях.

Уровень доказательности

A

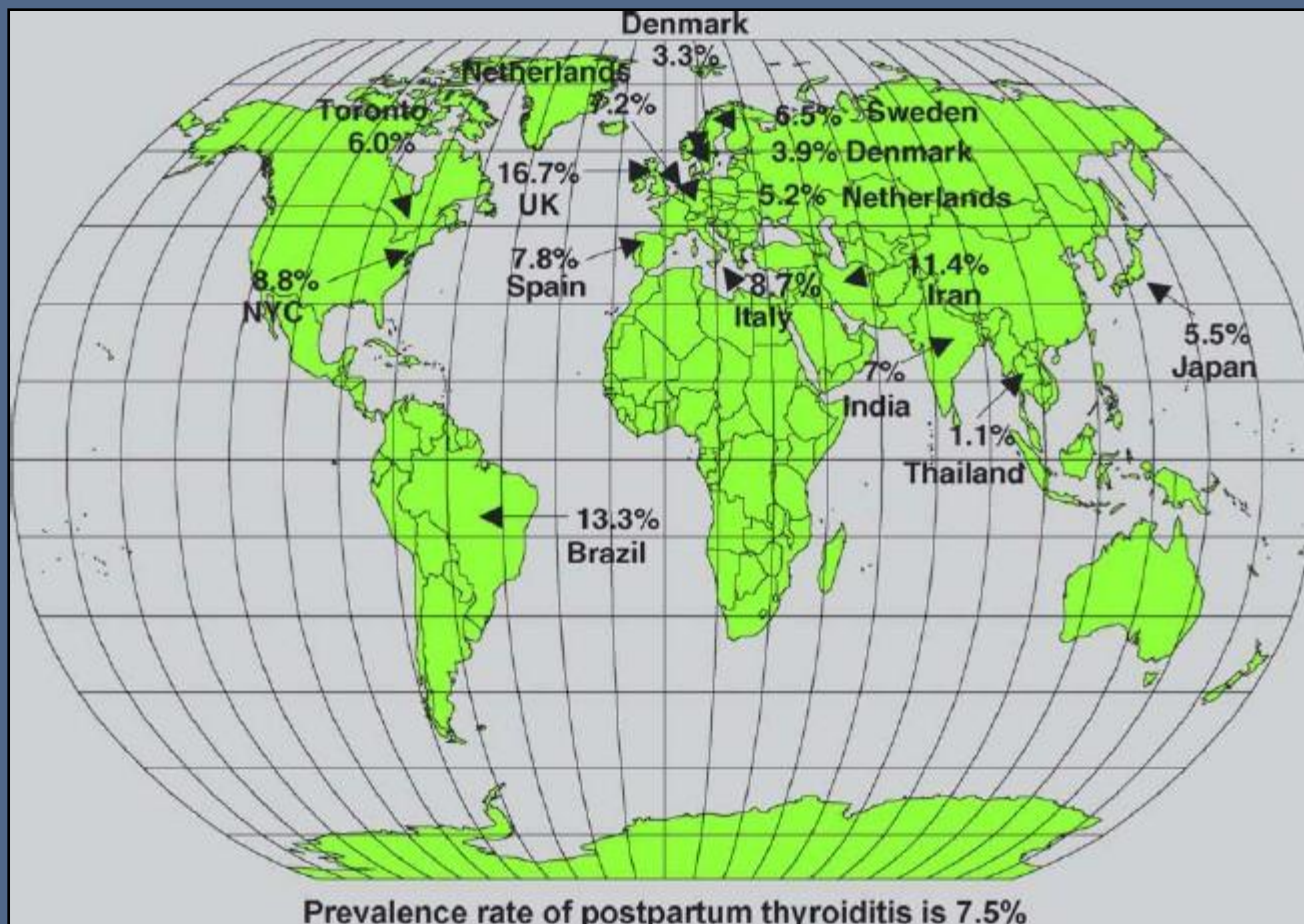
Хороший

1 | ⊗⊗⊗⊗

Раздел 7

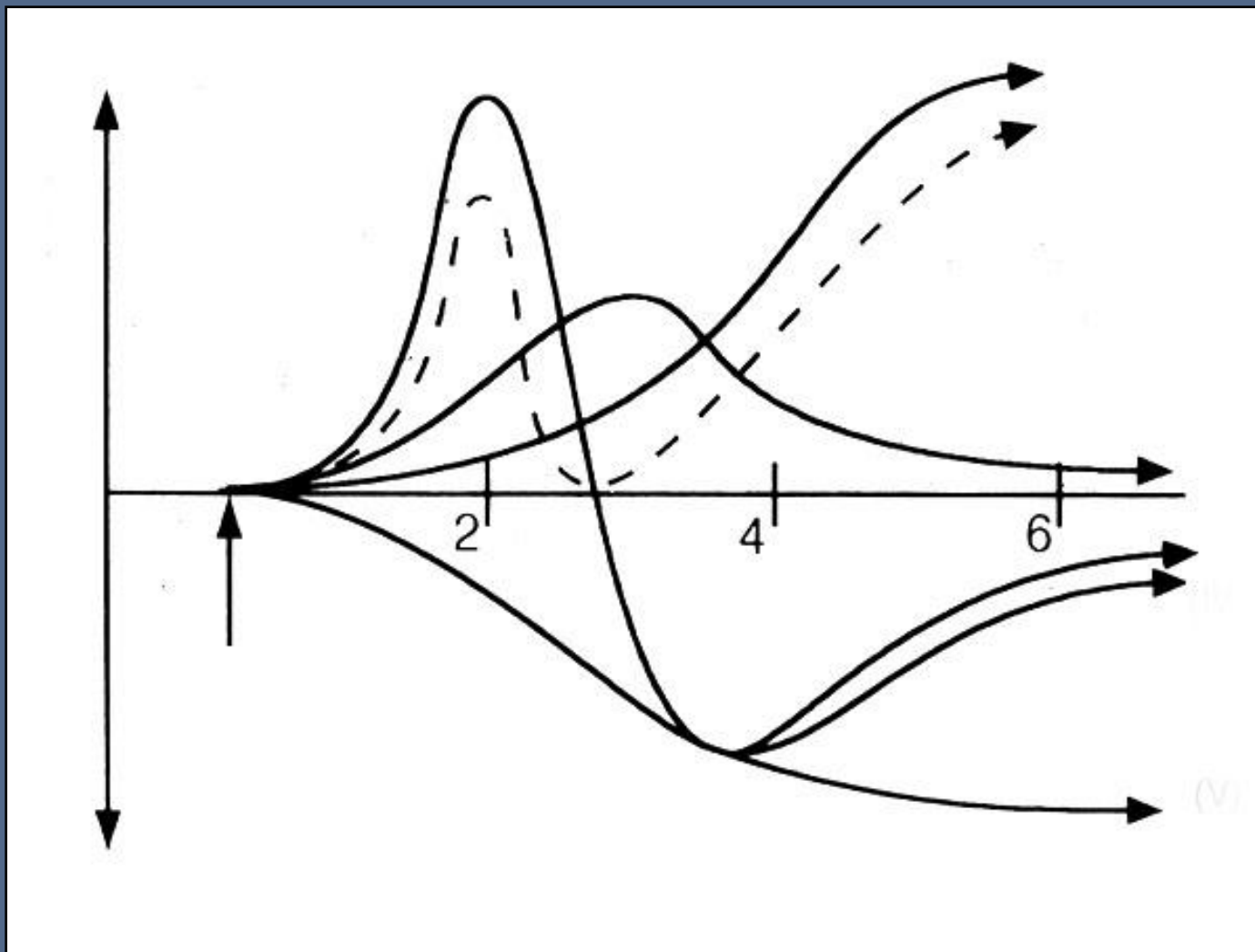
Послеродовой тиреоидит

Распространенность послеродового тиреоидита

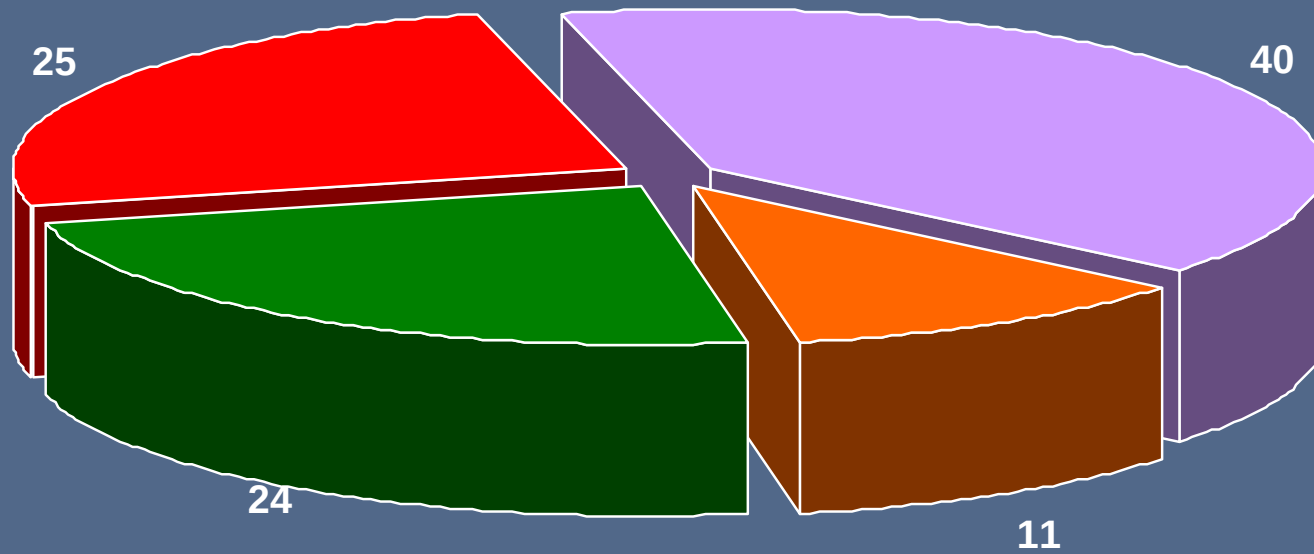


Stagnaro-Green A. et al., Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 2004

Динамика изменения тиреоидного статуса при развитии послеродового тиреоидита



Динамика изменения тиреоидного статуса при развитии послеродового тиреоидита



- Гипертиреоз
- Гипертиреоз-гипотиреоз
- Гипотиреоз
- Болезнь Грейвса

Факторы риска развития послеродового тиреоидита

- ✓ послеродовой тиреоидит в анамнезе
- ✓ аутоиммунное заболевание ЩЖ в анамнезе
- ✓ сахарный диабет типа 1
- ✓ повторные эпизоды самопроизвольного прерывания беременности
- ✓ наличие зоба
- ✓ семейный анамнез по развитию послеродового тиреоидита

Развитие послеродового тиреоидита тесно ассоциировано с носительством АТ к ТПО:

- если повышение титра АТ к ТПО выявляется в 1-м триместре, риск развития послеродового тиреоидита около 50%;
- если повышение титра АТ к ТПО продолжает выявляться в 3-м триместре, риск развития тиреоидита составляет 80%

В 70% случаев возможен рецидив послеродового тиреоидита при повторных родах

Клинические рекомендации

7.1

Для того, чтобы рекомендовать скрининговое обследование всех женщин на предмет послеродового тиреоидита, накоплено недостаточно научных данных.

Уровень доказательности

I

Плохой

2 | ⊗○○○

Клинические рекомендации

7.2

У женщин, являющихся носительницами АТ-ТПО, определение уровня ТТГ рекомендуется через 3 и 6 месяцев после родов.

Уровень доказательности

A

Плохой

2 | ⊗⊗⊗○

Клинические рекомендации

7.3

Распространенность послеродового тиреоидита у женщин с сахарным диабетом 1 типа в 3 раза выше, чем в общей популяции. Скрининг (определение уровня ТТГ) рекомендуется пациенткам с сахарным диабетом через 3 и 6 месяцев после родов.

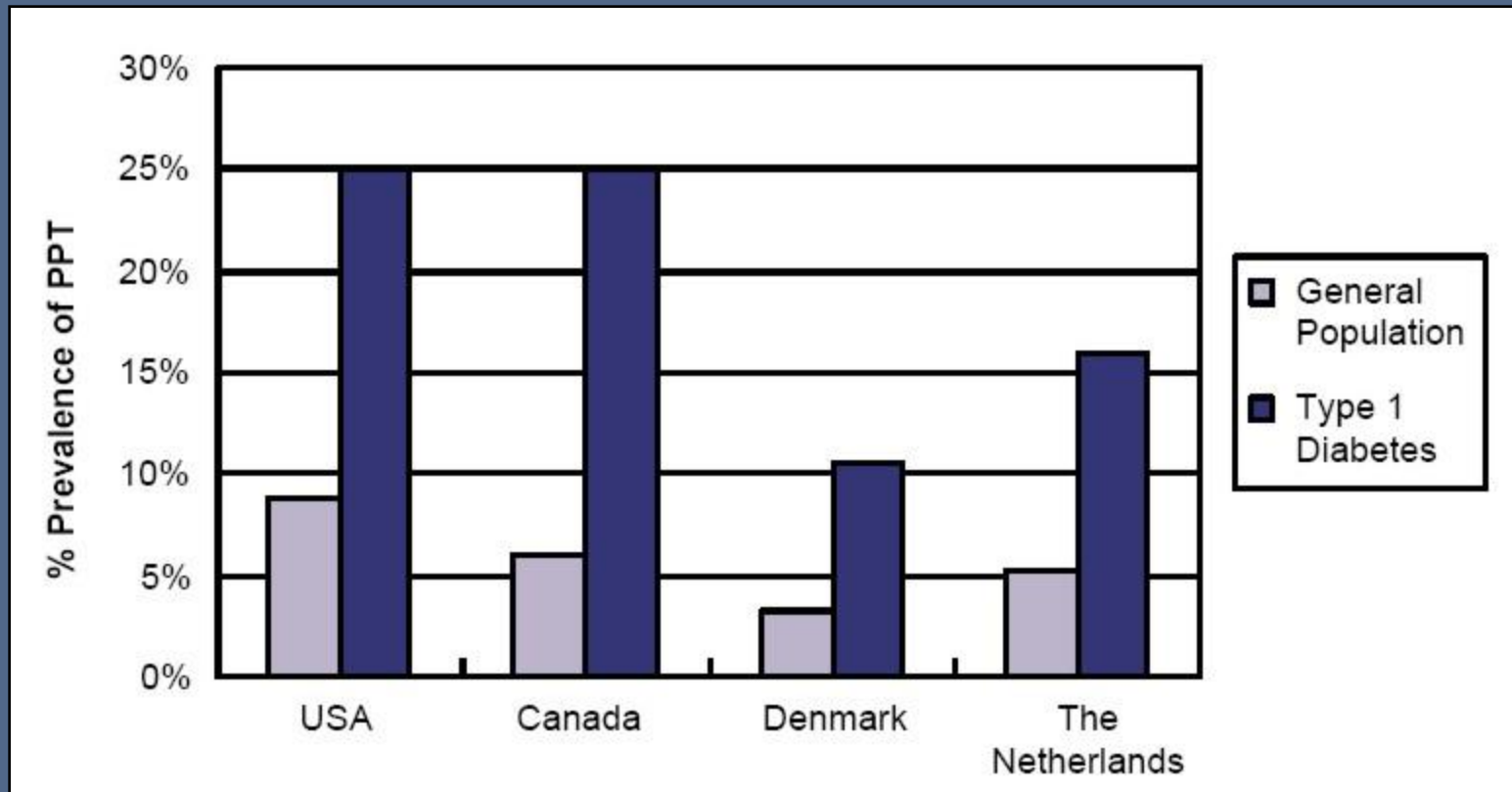
Уровень доказательности

В

Средний

1 | ⊗⊗○○

Частота встречаемости послеродового тиреоидита у пациентов с сахарным диабетом типа 1



Stagnaro-Green A. et al., Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 2004

Клинические рекомендации

7.4

У женщин с послеродовым тиреоидитом в анамнезе риск развития стойкого гипотиреоза в ближайшие 5-10 лет значительно повышен. У таких пациенток целесообразно ежегодное определение уровня ТТГ.

Уровень доказательности

A

Хороший

1 | ⊗⊗⊗○

Клинические рекомендации

7.5

Если у женщины с послеродовым тиреоидитом без каких-либо симптомов определяется повышение уровня ТТГ, но не выше 10 мЕд/л, и она сразу же не планирует очередную беременность, назначение лечения не является обязательным, но необходим мониторинг с определением уровня ТТГ через 4-8 недель. При повышенном ТТГ в сочетании с симптомами гипотиреоза, а также при планировании очередной беременности, показана заместительная терапия тироксином.

Уровень доказательности

I

Плохой

2 | ⊗○○○

Клинические рекомендации

7.6

Данных, чтобы сделать заключение о наличии связи между развитием послеродовой депрессии и послеродовым тиреоидитом или между развитием депрессии и носительством антител к ЩЖ (если тиреоидит не развивается) недостаточно.

Уровень доказательности

I

Плохой

3 | ○○○○

Клинические рекомендации

7.6

Учитывая, что гипотиреоз потенциально может быть причиной обратимой депрессии, у женщин с послеродовой депрессией целесообразен скрининг на гипотиреоз и, при необходимости, соответствующая коррекция тиреоидного статуса.

Уровень доказательности

B

Средний

1 | ⊗⊗○○

Раздел 8

Скрининг нарушения функции щитовидной железы во время беременности

Клинические рекомендации

Несмотря на то, что преимущества проведения всеобщего скрининга нарушений функции щитовидной железы (*в первую очередь, гипотиреоза*) в настоящее время не доказаны (см. разделы 1 — 7), мы рекомендуем определение уровня ТТГ у женщин, относящихся к группам риска:

- женщины с нарушениями функции щитовидной железы, послеродовым тиреоидитом и операциями на щитовидной железе в анамнезе;
- женщины с семейным анамнезом заболеваний щитовидной железы;
- женщины с зобом;
- женщины с антителами к щитовидной железе;
- женщины с симптомами или клиническими проявлениями тиреотоксикоза и гипотиреоза;
- женщины с сахарным диабетом 1 типа;
- женщины с аутоиммунными заболеваниями;
- у женщин с бесплодием уровень ТТГ должен определяться в рамках программы обследования по бесплодию;
- женщины с предшествовавшим облучением головы и шеи.