

ШКОЛА ТИРЕОИДОЛОГИИ

Функция щитовидной железы во время беременности: кому и как проводить скрининг?

В последние годы как в научной, так и в популярной литературе часто обсуждается вопрос целесообразности пренатального скрининга тиреоидной патологии. Активная дискуссия началась после получения в 1999 г. результатов исследования, показавшего связь между снижением функции щитовидной железы (ЩЖ) во время беременности и задержкой развития нервной системы у потомства. Это исследование поставило перед медицинской общественностью важный вопрос: «Должны ли все беременные женщины проходить скрининг на гипотиреоз?».

Несколько медицинских ассоциаций высказали свою точку зрения по этому вопросу. Практическое руководство Американской ассоциации клинической эндокринологии (American Association of Clinical Endocrinologists, AACE) рекомендует рутинное проведение скрининга с помощью определения уровня тиреотропного гормона (ТТГ) во время планирования беременности или в первом триместре. Если показатель ТТГ >10 мМЕ/л или же находится в диапазоне 5–10 мМЕ/л при наличии у пациентки зоба или положительного титра антител к тиреоидной пероксидазе (ТПО), необходимо проведение заместительной терапии тиреоидными гормонами.

Эксперты Американской тиреоидной ассоциации (American Thyroid Association, ATA) и Американского эндокринологического общества (Endocrine Society, ES) считают, что в настоящее время данных в пользу или против всеобщего скрининга беременных недостаточно, однако подчеркивают, что недостаток убедительных доказательств пользы такого скрининга вовсе не означает отсутствие у него преимуществ. Они рекомендуют проводить скрининг только в группах высокого риска явного гипотиреоза (дисфункция ЩЖ в анамнезе, положительный титр антител к ТПО, наличие зоба). Если уровень ТТГ >10 мМЕ/л, что указывает на явный гипотиреоз, следует начать заместительную терапию тиреоидными гормонами.

Американская коллегия акушерства и гинекологии (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) выступает против всеобщего скрининга беременных на гипотиреоз. Эксперты аргументируют свою позицию недостатком убедительных доказательств того, что выявление и лечение женщин с субклиническим гипотиреозом улучшает материнские или неонатальные исходы.

Для того чтобы более подробно разобраться в этом вопросе, редакция журнала Clinical Chemistry обратилась за комментариями к четырем экспертам в области эндокринологии и акушерства, специализирующимся на вопросах патологии ЩЖ во время беременности. Специалистов спросили об их точке зрения относительно влияния дисфункции ЩЖ на течение беременности и развитие плода, необходимости ее скрининга и заместительной гормонотерапии.

В круглом столе приняли участие:

James Haddow (отделение патологии и лабораторной медицины Университета Брауна, г. Провиденс, Род-Айленд, США),

Sarah Kilpatrick (отделение акушерства и гинекологии Медицинского центра Cedars-Sinai, г. Лос-Анджелес, Калифорния, США),

John H. Lazarus (Центр эндокринологии и диабетологии медицинской школы Университета г. Кардифф, Уэльс, Великобритания),

Roberto Negro (отделение эндокринологии клиники Vito Fazzi, г. Лечче, Италия).

? **Согласны ли вы с тем, что явный гипотиреоз у беременной женщины оказывает негативное влияние на развитие плода?**

James Haddow:

— Наиболее драматические примеры негативного перинатального влияния гипотиреоза наблюдаются в регионах с выраженным йодным дефицитом, где и беременная женщина, и ее плод могут иметь очень тяжелый гипотиреоз. При этом существенно повышается перинатальная смертность, а многие выжившие



новорожденные страдают нарушениями нейроразвития и имеют целый ряд неврологических проблем (нарушения походки, микроцефалию, глухоту, страбизм и др.). В регионах с нормальным йодным обеспечением последствия изолированного материнского гипотиреоза (при нормальной функции ЩЖ плода) не так серьезны. Тем не менее проведенное нами в 1999 г. обсервационное исследование показало, что средний показатель IQ в возрасте 8 лет у детей, рожденных женщинами с аутоиммунным тиреоидитом и недиагностированным явным гипотиреозом во время беременности, снижен на 7 баллов. Количество детей с показателем IQ <85 баллов в этой когорте было в 4 раза выше по сравнению с контрольной группой. В другом обсервационном исследовании была обнаружена более высокая частота гибели плода во втором-третьем триместре беременности при наличии недиагностированного гипотиреоза.



Sarah Kilpatrick:

— Отсутствие адекватного лечения явного гипотиреоза во время беременности ассоциируется с повышенным риском преждевременных родов, преэклампсии, выкидышей и, вероятно, мертворождения. Установлено, что в регионах с йодным дефицитом отмечается высокая частота тяжелого гипотиреоза у беременных и что дети, рожденные этими женщинами, имеют более высокий риск кретинизма.

Однако все еще не ясно, что вносит больший вклад в снижение интеллекта потомства — непосредственно йододефицит (йод проникает через плаценту и необходим для нормального развития и функционирования ЩЖ у плода) или явный гипотиреоз матери. Большинство экспертов считают, что йодный дефицит сам по себе является более значимым фактором. Сложно сказать, насколько большой вред развитию нервной системы плода и когнитивным функциям потомства оказывает низкий уровень тиреоидных гормонов у матери сам по себе при отсутствии йододефицита. Небольшое количество материнских тиреоидных гормонов проникает через плаценту, и, вероятно, тяжелый неконтролируемый гипотиреоз оказывает негативное влияние на плод. И все же убедительных доказательств того, что более легкие формы материнского гипотиреоза без йододефицита приводят к ухудшению неврологических или когнитивных исходов у потомства, в настоящее время недостаточно. Тем не менее очень важен контроль явного гипотиреоза до и во время беременности для улучшения как состояния здоровья матери, так и перинатальных исходов.

? **Какова ваша точка зрения относительно субклинического гипотиреоза во время беременности? Считаете ли вы, что он может оказывать негативное влияние на плод?**

Roberto Negro:

— Опубликованное недавно исследование J. Lazarus и соавт. показало, что наличие у матери субклинического гипотиреоза не ассоциируется с достоверным снижением IQ у их детей. В этом исследовании сравнивали две группы женщин с уровнем свободного тироксина (FT4) ниже 2,5-го перцентиля и/или показателем ТТГ выше 97,5-го перцентиля, одна из которых получала L-тироксин во время беременности, а вторая нет. Нейроразвитие детей в возрасте 3 лет в обеих группах было сопоставимым. Но важно отметить, что в этом многоцентровом исследовании медиана ТТГ составила 3,8 мМЕ/л в Великобритании и 3,1 мМЕ/л в Италии. То есть, степень гипотиреоза у участниц исследования, вероятно, была слишком легкой, чтобы обнаружить достоверные различия между группами заместительной терапии и отсутствия лечения. С этой точки зрения результаты можно считать обнадеживающими. К сожалению, это исследование не дало нам ответа на вопрос, при каком показателе ТТГ беременной следует назначать лечение и должны ли мы лечить изолированную гипотироксинемию с целью предупреждения снижения IQ у потомства.



John H. Lazarus:

— Субклинический гипотиреоз во время беременности может иметь неблагоприятные акушерские последствия. Кроме того, имеются проспективные и ретроспективные данные, свидетельствующие о снижении IQ у детей и замедлении их двигательного и психического развития. Была показана более высокая частота поведенческих расстройств у таких детей, например задержка развития экспрессивной речи.

Sarah Kilpatrick:

— Диагноз субклинического гипотиреоза ставят тогда, когда у пациента отсутствуют симптомы гипотиреоза, уровень FT4 находится в пределах референсного интервала, но повышен уровень ТТГ. За последние десять лет было проведено несколько ретроспективных и проспективных исследований, в которых сравнивали перинатальные исходы и показатели когнитивных функций у детей, рожденных женщинами с показателями ТТГ в пределах референсного интервала и повышенным уровнем ТТГ во время беременности, при этом были получены противоречивые результаты. Так, одни исследования показали, что когнитивные функции у детей раннего возраста ухудшаются, если у матери во время беременности был повышен ТТГ, другие — не обнаружили достоверного влияния субклинического гипотиреоза во время беременности на перинатальные исходы, в том числе на частоту преждевременных родов. Все это стало причиной активной длительной дискуссии по этому вопросу в кругу эндокринологов и акушеров-гинекологов. Я не уверена в том, что субклинический гипотиреоз действительно ассоциируется с ухудшением когнитивных исходов у детей или других перинатальных исходов. Более того, даже если будут получены новые, более убедительные доказательства связи между повышением уровня ТТГ у матери во время беременности и ухудшением

когнитивных функций у детей, у нас все еще не будет данных в пользу того, что заместительная терапия тиреоидными гормонами сможет оказать влияние на эту связь. Ответы на эти важные вопросы мы получим из рандомизированных контролируемых исследований, которые, к счастью, уже проводятся в настоящее время. В действительности результаты одного из них уже опубликованы в 2012 г. Это исследование было посвящено сравнению исходов беременности у женщин, рандомизированных на две группы — скрининга на повышение ТТГ и его коррекции с помощью заместительной терапии тиреоидными гормонами или скрининга с отсутствием вмешательства. По первичной конечной точке — уровню IQ у детей в возрасте 3 лет — не было отмечено достоверных отличий между группами.

? **Свежие данные свидетельствуют о том, что йодный дефицит является более серьезной проблемой, чем представлялось ранее, даже в развитых странах. Вызывает ли это беспокойство у вас и считаете ли вы необходимым проведение скрининга на йододефицит во время беременности?**

John H. Lazarus:

— Проводимая в течение последних 20 лет коррекция йододефицита с помощью всеобщей йодизации соли и последовавшее за этим увеличение среднего потребления домохозяйствами йодированной соли привели к существенному улучшению ситуации в развивающихся странах. Однако в развитых странах были получены не столь оптимистичные результаты. Недавно было показано, что в Великобритании, например, сохраняется проблема йодного дефицита, а йодированная соль малодоступна населению.

Не вызывает сомнений, что в каждой стране необходимо оценивать йодный статус. В регионах с выявленным йододефицитом всем беременным необходимо рекомендовать прием препаратов йода, в идеале его следует начать еще на этапе прегравидарной подготовки. Но очень сложно проводить скрининг для выявления йододефицита у отдельных лиц. Метод оценки йодурии для этого непригоден, поскольку уровень йода в моче очень варьирует день ото дня. В то же время популяционный скрининг для выявления йододефицитных регионов может и должен проводиться.



Roberto Negro:

— Йододефицит все еще остается серьезной проблемой здравоохранения, особенно в Европе.

Йодный дефицит, способствуя снижению уровня FT4 и в результате повышая ТТГ у матери, может оказывать выраженное негативное влияние на нейроразвитие детей.

Исследование Henrichs и соавт., например, продемонстрировало, что у детей, рожденных женщинами с легкой или тяжелой гипотироксинемией, наблюдается задержка развития экспрессивной речи и невербального когнитивного развития на 18-м и 30-м месяце жизни. В то же время два исследования, проведенные в Испании, показали, что прием йода в

дозе 200-300 мкг/сут позволяет предупредить нарушения психомоторного развития и социальной адаптации детей.

Таким образом, важность адекватного обеспечения йодом во время беременности не вызывает сегодня сомнений. Более того, следует рекомендовать прием йода в течение нескольких месяцев и женщинам, которые только планируют беременность.

James Haddow:

— В настоящее время нет надежных скрининговых тестов для выявления йодного дефицита у отдельных лиц. Определение содержания йода в моче отражает прием йода только за очень короткий период. Однако этот метод эффективен для оценки йодного статуса на популяционном уровне. По результатам недавнего отчета NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey), содержание йода в моче беременных женщин в США указывает на легкий йододефицит. Следует напомнить, что во время беременности потребность в йоде возрастает (до 200-250 мкг/сут), поэтому рекомендуется прием йодсодержащих препаратов или витаминов. Следует обратить внимание на то, что не все витамины для беременных содержат йод.

Sarah Kilpatrick:

— Несмотря на то что имеются некоторые данные о недостаточном потреблении йода женщинами в США, я не уверена, что проблема йододефицита остро стоит в нашей стране. Я не поддерживаю проведение скрининга беременных женщин на йододефицит. В то же время рекомендую прием йода всем беременным женщинам, например в составе витаминов для беременных в дозе 150 мкг/сут, и полагаю, что оптимальным источником йода является йодид калия.

? Считаете ли вы необходимым проведение лабораторной оценки функции ЩЖ во время беременности? Если да, то кто должен быть обследован и что следует определять (ТТГ, антитела к ТПО, йод)? Какие точки отсечения вы рекомендуете?

John H. Lazarus:

— Поскольку тиреоидная дисфункция часто наблюдается во время беременности, считаю целесообразной оценку функции ЩЖ на ранних сроках беременности у всех женщин. Я знаю, что современные клинические руководства определяют отдельные категории женщин, у которых необходимо проводить скрининг (например, наличие аутоиммунного заболевания, облучения шеи в анамнезе и т.д.). Но есть данные о том, что если следовать этим критериям, то как минимум у 65% женщин с тиреоидной дисфункцией нарушения не будут выявлены. Хотя было проведено только одно рандомизированное исследование по изучению влияния приема тироксина матерью с субклиническим гипотиреозом во время беременности на IQ у детей, которое не показало преимуществ такого вмешательства.

Считаю, что в настоящее время уровень ТТГ следует измерять у всех беременных женщин в первом триместре беременности, если он >2,5 мМЕ/л, следует также оценить уровень Т4, а если ТТГ >5 мМЕ / л — то и титр антител к ТПО. Уровень ТТГ следует считать повышенным, если он выше 97,5-го перцентиля. Точка отсечения для Т4 должна быть ниже 2,5-го перцентиля, а для антител к ТПО — зависит от используемого лабораторного метода.

Sarah Kilpatrick:

— Для любого скринингового теста должны быть выполнены следующие критерии — достаточно высокая заболеваемость, чтобы оправдать скрининг, и наличие эффективного лечения. Уровень распространенности гипертиреоза во время беременности <0,5% делает нецелесообразным скрининг. Заболеваемость гипотиреозом (клиническим и субклиническим) в исследованиях, в которых применяли рутинный скрининг, составила около 3%, что является

достаточно высоким показателем для того, чтобы рассмотреть вопрос необходимости проведения скрининга. Но важно отметить, что у большинства этих женщин отмечается только субклинический гипотиреоз. При этом, как я уже отметила выше, нет данных, указывающих на то, что лечение субклинического гипотиреоза у матери во время беременности улучшает перинатальные или когнитивные исходы. Поэтому рутинный скрининг сегодня не рекомендуется.

В то же время очень важно проводить скрининг у женщин с высоким риском развития заболеваний ЩЖ, поскольку при явном гипотиреозе доказана польза заместительной гормонотерапии для матери и плода. Функцию ЩЖ во время беременности следует оценить у женщин с заболеваниями ЩЖ или облучением шеи в анамнезе, отягощенным семейным анамнезом, наличием зоба, положительным титром антител к тиреоидным антигенам, наличием других аутоиммунных заболеваний, СД I типа. У этих пациенток уровень ТТГ следует определить уже на первом пренатальном визите. Если ТТГ повышен, то далее необходимо определить показатели свободного Т4 (или индекс свободного тироксина) и титр антител к ТПО. Явный гипотиреоз во время беременности следует лечить гормонами ЩЖ для поддержания уровня ТТГ в пределах референсного интервала.

Я бы также рассмотрела необходимость лечения субклинического гипотиреоза у пациенток с положительным титром антител к ТПО. Если же у них уровень ТТГ снижен, то пациентка должна быть обследована на предмет наличия симптомов гипертиреоза, и если их нет, а уровень ТТГ был измерен в первом триместре беременности, то следует повторить оценку ТТГ и Т4 в середине второго триместра. Если будет выявлен гипертиреоз, то следует рассмотреть возможности его лечения. Хорошо известно, что у женщин могут отмечаться транзиторный субклинический или клинический гипертиреоз в первом и до середины второго триместра беременности в результате временного подавления ТТГ хорионическим гонадотропином человека. Такое состояние не оказывает неблагоприятного влияния и обычно проходит спонтанно, поэтому его не нужно лечить.

Roberto Negro:

— Лично я выступаю за всеобщий скрининг на заболевания ЩЖ в начале беременности. Мы должны учитывать тот факт, что в западных странах средний возраст первой беременности составляет 25-30 лет, а недавний отчет показал, что у более 15% женщин старше 25 лет отмечается патология ЩЖ. Кроме того, все согласны с тем, что необходимо лечение явной дисфункции ЩЖ, в частности явного гипотиреоза во время беременности.

Согласно недавней работе Dosiou и соавт. всеобщий скрининг беременных на дисфункцию ЩЖ является экономически эффективным не только по сравнению с отсутствием скрининга, но и по сравнению с обследованием женщин с высоким риском развития дисфункции ЩЖ.

Примечательно, что в этом исследовании женщины с любой степенью гипотиреоза получали лечение, но только у пациенток с явным гипотиреозом была отмечена польза от него.

Таким образом, мое личное мнение заключается в том, что в странах с высоким качеством системы здравоохранения 25-30-летняя женщина при ее первой беременности имеет право знать, есть ли у нее гипотиреоз, риск развития гипотиреоза или послеродового тиреоидита. Показатель ТТГ и титр антител к ТПО должны быть первыми тестами при проведении скрининга на дисфункцию ЩЖ. Уровни ТТГ >2,5 мМЕ/л в первом триместре и >3,0 мМЕ/л во втором и третьем следует рассматривать как патологические.

Продолжение на стр. 40.



L-Тироксин

Берлін-Хемі



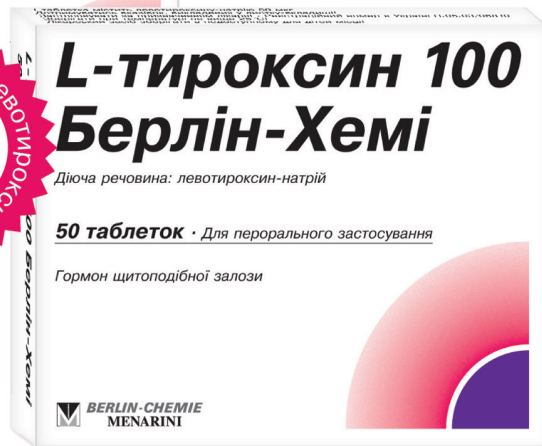
ЛІДЕР, ЯКОМУ ВІДДАЮТЬ ПЕРЕВАГУ БІЛЬШІСТЬ ЛІКАРІВ УКРАЇНИ*



ЛІДЕР, ЯКИЙ ПРИЙМАЮТЬ БІЛЬШІСТЬ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ*



ПЕРШИЙ БЕЗЛАКТОЗНИЙ ЛЕВОТИРОКСИН В УКРАЇНІ**



УНІКАЛЬНА ПОВТОРЮВАНІСТЬ ДОЗИ!

Інформація про лікарський засіб

Реєстраційні посвідчення МОЗ України №№ UA/8133/01/02, UA/8133/01/01 від 08.04.2013 р. Представлено в Україні «Берлін-Хемі».

Діюча речовина. 1 таблетка містить левотироксину натрію 50 або 100 мкг **Лікарська форма.** Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Тиреоїдні гормони. **Код АТС** H03AA01. **Показання.** Заміщення гормонів щитоподібної залози при гіпотиреозі будь-якого походження. Профілактика рецидиву зоба після резекції зоба з еутиреїдним станом функції. Доброякісний зоб з еутиреїдним станом функції. Супутня терапія при лікуванні гіпертиреозу тиреостатиками після досягнення еутиреїдного стану функції. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої із допоміжних речовин. Нелікований гіпертиреоз будь-якого походження. Нелікована недостатність кори надниркових залоз. Нелікована гіпофізарна недостатність. Гострий інфаркт міокарду. Гострий міокардит. Гострий панкреатит. Під час вагітності протипоказане одночасне застосування левотироксину і будь-якого тиреостатичного засобу. **Фармакологічні властивості.** Синтетичний левотироксин, який знаходиться у препараті L-Тироксин 100 Берлін-Хемі, за своєю дією ідентичний природному гормону, що виробляється щитоподібною залозою. Після часткового перетворювання в ліотиронін (T₃), переважно в печінці та нирках, та переходу у клітини організму він впливає на розвиток, ріст та обмін речовин. **Побічні реакції.** При застосуванні препарату можуть спостерігатися тахікардія, посилене серцебиття, аритмії, стенокардичні стани, тремор, відчуття внутрішнього неспокою, головний біль, слабкість і спазм м'язів, порушення менструального циклу. При появі зазначених симптомів добову дозу рекомендують зменшити або перервати прийом ліків на декілька днів. Як тільки побічні явища зникнуть, можна знову повернутися до лікування, обережно проводячи дозування препарату. Можлива поява алергічних реакцій у вигляді кропив'янки, бронхоспазму та набряку гортані, а в окремих випадках – анафілактичного шоку. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для професійної діяльності спеціалістів з охорони здоров'я.**

Представництво «Берлін-Хемі» в Україні: вул. Березняківська, 29, 7-й поверх, 02098, Київ, Україна. Тел: +38 (044) 494-33-88. Факс: +38 (044) 494-33-89. E-mail: berlin-chemie@menarini.com.ua



BERLIN-CHEMIE
MENARINI



ШКОЛА ТИРЕОИДОЛОГИИ

Функция щитовидной железы во время беременности: кому и как проводить скрининг?

Продолжение. Начало на стр. 38.

James Haddow:

— Я считаю, что всем женщинам во время беременности необходимо определять уровень ТТГ. Этот показатель является наиболее надежным индикатором дисфункции ЩЖ. Разумными точками отсечения для ТТГ могут быть 97,5-й или 98-й перцентиль соответствующего референсного диапазона для гестационного возраста. В последние годы дискуссии «за» и «против» скрининга касались исключительно благополучия плода. Однако сейчас настало время обратить внимание и на здоровье матери, независимо от того, будут ли получены доказательства негативного влияния на плод субклинического гипотиреоза. Кроме того, наше наблюдательное исследование показало, что помимо случаев субклинического гипотиреоза примерно у трех беременных женщин на тысячу обследованных был недиагностированный явный гипотиреоз. Согласно общепринятой точке зрения в таких случаях обязательно показано лечение. У двух третей таких женщин впоследствии наблюдается персистирующий гипотиреоз. В среднем проходит около пяти лет, прежде чем таким пациенткам ставят диагноз гипотиреоза на основании клинической картины. В нашем исследовании у 4 из 32 женщин с гипотиреозом заболевание не было диагностировано, пока мы не выполнили последующее измерение ТТГ 10 лет спустя.

? Каково ваше мнение относительно лечения беременных женщин с субклиническим гипотиреозом до, во время и после беременности?

Sarah Kilpatrick:

— Нет доказательств, что лечение беременных с субклиническим гипотиреозом влияет на какие-либо исходы. Кроме того, нет убедительных данных в пользу того, что субклинический гипотиреоз оказывает существенное негативное влияние на здоровье небеременных лиц. Профессиональные медицинские ассоциации имеют различные мнения относительно целесообразности скрининга небеременных женщин на заболевания ЩЖ и оправданности медикаментозной терапии при субклиническом гипотиреозе вне беременности. И поскольку пока нет консенсуса даже по значимости субклинического гипотиреоза, то рано говорить о необходимости его лечения.

Вопрос о ведении пациенток с положительным титром антител к ТПО является более сложным, поскольку есть данные о повышенном риске выкидыша у этой категории женщин. Однако связан ли повышенный риск выкидыша с аутоиммунными процессами или с дисфункцией ЩЖ, пока неясно, а клинические исследования по изучению эффективности лечения этой категории женщин гормонами ЩЖ не смогли убедительно показать снижение риска выкидыша при проведении терапии.

Что касается женщин с бесплодием, то решение относительно их скрининга и лечения субклинического гипотиреоза я оставляю за моими коллегами-репродуктологами.

James Haddow:

— Примерно у одной из пяти беременных женщин с субклиническим гипотиреозом впоследствии развивается персистирующий гипотиреоз. Есть три возможных варианта действий:

— начать лечение L-тироксином и прекратить его после беременности, чтобы определить, произошла ли ремиссия (по уровню ТТГ);

— повторить оценку ТТГ через некоторое время и начать лечение, если дисфункция ЩЖ усугубляется;

— игнорировать повышение ТТГ.

Я предпочитаю первый вариант, признавая, что разумным является и второй. Третий вариант я считаю неприемлемым.

Рандомизированное двойное слепое перекрестное исследование с участием взрослых лиц с субклиническим гипотиреозом (в основном небеременных женщин), результаты которого были представлены в 2010 г., показало симптоматическое улучшение при лечении L-тироксином у пациентов с двумя последовательными результатами измерения ТТГ >4,5 мМЕ/л (у большинства показатели были в диапазоне субклинического гипотиреоза).

John H. Lazarus:

— Я думаю, что женщины с субклиническим гипотиреозом в идеале должны получать терапию до зачатия. Если субклинический гипотиреоз диагностирован в первом триместре, им также необходимо назначить лечение. Исходя из нашего опыта, полученного в исследовании CATS (Controlled Antenatal Thyroid Screening), большинство женщин хорошо переносят 150 мкг L-тироксина.

Roberto Negro:

— Я решительно поддерживаю терапию L-тироксином у женщин с субклиническим гипотиреозом до и во время беременности. Работа Ashoor и соавт. показала, что у женщин с субклиническим гипотиреозом отмечается повышенный риск выкидыша. Поэтому очень важно, чтобы женщины детородного возраста с положительным титром антител к ТПО перед беременностью поддерживали уровень ТТГ в пределах референсного интервала, то есть от 0,5 до 1,5 мМЕ/л. Не менее важно лечение впервые диагностированного субклинического гипотиреоза в ранние сроки беременности.

Нами проведено рандомизированное проспективное исследование, показавшее повышенный уровень неблагоприятных событий у женщин с субклиническим гипотиреозом (ТТГ >2,5 мМЕ/л). Также удалось обнаружить, что заместительная терапия тиреоидными гормонами, начатая в первом триместре беременности, может сократить риск развития осложнений.

? Есть ли основания полагать, что такое лечение может быть вредным для матери или плода?

Sarah Kilpatrick:

— При лечении беременных с гипотиреозом L-тироксин не было показано наличие риска для матери или плода. Однако отсутствие риска, хотя это и обнадеживает, — недостаточно веская причина, чтобы использовать лечение с неизвестной или недоказанной эффективностью.

James Haddow:

— Короткий ответ — нет. Исследования показали отсутствие нежелательных явлений. С учетом того, что L-тироксин просто замещает дефицит эндогенного гормона, нет физиологических оснований для вредного воздействия.

John H. Lazarus:

— Нет никаких данных, позволяющих предположить, что такое лечение может быть вредным. Конечно, при проведении терапии необходимо регулярно контролировать уровень гормонов и корректировать дозу L-тироксина по мере необходимости.

Clin Chem. 2012; 58 (10): 1397-1401.

Перевод с англ. **Натали Мищенко.**



ПЕРЕДПЛАТА НА 2013 РІК!

Здоров'я України[®]
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Шановні читачі!

Передплатити наше видання Ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» за каталогом видань України 2013 р. у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції за тел. (044) 391-54-76.

«Медична газета «Здоров'я України»

Тематичний номер «Діабетологія, тиреоїдологія, метаболічні розлади»

Науково-практичний журнал для лікарів, яких цікавлять проблеми діабетології, тиреоїдології та метаболічних розладів

Передплатний індекс – 37632

Періодичність виходу – 3 рази на рік

Вартість передплати – 150,00 грн

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- ♦ перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку;
- ♦ надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників;
- ♦ вказати адресу доставки примірників.

Наші реквізити:

р/р 26000052613363 ФКВ "Приватбанк",
розрахунковий центр, МФО 320649, код ЄДРПОУ 38419785

Наша адреса: «Медична газета «Здоров'я України», 03151, м. Київ,
вул. Народного Ополчення, 1

Телефон відділу передплати (044) 391-54-76,

e-mail: podpiska@health-ua.com

Дата здійснення операції	Сума:																								
	Платник:																								
	Місце проживання:																								
	Отримувач:	ТОВ „Тематичний проєкт „Здоров'я України 21 сторіччя” ФКВ „ПРИВАТБАНК”, розрахунковий центр																							
Дата здійснення операції	Код ЄДРПОУ:	3	8	4	1	9	7	8	5	Розрахунковий рахунок:							МФО банку:	3			2	0	6	4	9
	Призначення та період платежу:																								
	Платник:																	Контролер:							
	Платник:																	Бухгалтер:							
Дата здійснення операції	Сума:																								
	Платник:																								
	Місце проживання:																								
	Отримувач:	ТОВ „Тематичний проєкт „Здоров'я України 21 сторіччя” ФКВ „ПРИВАТБАНК”, розрахунковий центр																							
Дата здійснення операції	Код ЄДРПОУ:	3	8	4	1	9	7	8	5	Розрахунковий рахунок:							МФО банку:	3			2	0	6	4	9
	Призначення та період платежу:																								
	Платник:																	Контролер:							
	Платник:																	Касир:							

вннєліПовіД

вціналіявК