

**ДИАГНОСТИКА И МОНИТОРИНГ ГИПОТИРЕОЗА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ
И ВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ****А.П. Карзанова**ФБУЗ «Приволжский
окружной медицинский центр
ФМБА России»Карзанова
Лариса Павловна -
e-mail: 777helga@rambler.ru

Высокая распространенность и тяжелые последствия гипотиреоза вызывают необходимость обеспечения своевременной и оперативной диагностики этого заболевания. Особую роль гормональный анализ имеет место в системе гестационного скрининга заболеваний щитовидной железы. Современные лабораторные возможности позволяют обеспечить раннюю диагностику и надежную компенсацию всех беременных женщин – причем, на амбулаторном уровне. Это имеет большое значение как для будущей матери, так и для ее потомства.

Ключевые слова: гипотиреоз, беременность, ранняя диагностика, исследование уровня ТТГ, щитовидная железа, скрининг.

High prevalence and severe consequences of hypothyroidism demand well-timed and immediate diagnostics of this disease. The hormonal analysis plays a big part in a system of gestational screening of thyroid gland diseases. The present-day laboratory potentials provide early diagnostics and safe compensation of all pregnant women – already at the ambulatory level. It has big importance for a mother and her future offspring.

Key words: hypothyroidism, pregnancy, early diagnostics, the examination of TSH level, thyroid gland, screening.

На протяжении двух последних десятилетий в мировой науке и практике отмечен существенный прогресс в понимании уникальной специфики патологического формирования, проявлений, течения, диагностики, лечения, профилактики и прогноза как для будущей матери, так и для ее потомства. Они, в свою очередь, связаны с неповторимым своеобразием регуляции и нормального функционирования тиреоидной системы на фоне гестации [1].

При физиологической беременности потребность в тиреоидных гормонах и в йоде значительно возрастает.

Скрининг нарушений функции щитовидной железы во время беременности

Ведущими экспертами [2] рекомендуется определение уровня ТТГ у тех, кто имеет факторы повышенного риска (селективный скрининг):

1. нарушение функции ЩЖ, послеродовой тиреоидит и операции на ЩЖ в анамнезе (в отношении гипотиреоза относительный риск (ОР) во время беременности повышен в 7–22 раза);
2. семейный анализ заболеваний ЩЖ (ОР выше в 2–6 раз);
3. зоб;
4. наличие ранее антитиреоидных антител (ОР выше в 5–15 раз);
5. симптомы тиреотоксикоза или гипотиреоза (включая анемию, гиперхолестеринемию и гипонатриемию);
6. сахарный диабет I типа и другие аутоиммунные заболевания (ОР повышен в 18 раз);

7. предшествующее облучение головы и шеи;

8. выкидыш или преждевременные роды в анамнезе.

Вместе с тем, британскими исследователями (Vaidya и соавт. 2007) [3] в международном клиническом руководстве были опубликованы результаты тестирования валидности предложенного селективного скрининга тиреоидной функции в случайной выборке из 1560 беременных, обследованных гормонально при их первом визите в антенатальную клинику в сроке около 9 недель гестации. Среди них каждая четвертая (!) была отнесена к целевой группе высокого риска.

И хотя частота гипотиреоза, выявленного в этой группе, оказалась ожидаемо более высокой (в 7 раз), чем у беременных без факторов риска, у последних гестационный гипотиреоз требовал неотложного старта терапии. Причем, практически у каждой третьей (!) беременной с гипотиреозом это патологическое состояние, небезопасное для течения гестации и формирования плода, не удастся заподозрить на основании рутинных клиническо-анамнестических предикторов риска. И только всеобщее лабораторное тестирование в I триместре обладает исчерпывающей диагностической ценностью.

Следует признать проблему лабораторного тестирования тиреоидного статуса в акушерско-эндокринологической практике остроактуальной.

Современные международные рекомендации полностью согласуются с ныне действующей отечественной нормативно-правовой базой, которая в виде приказа

Минздрава РФ № 662 от 14.09.2006 г. регламентирует Стандарт оказания медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности [4]. Согласно этому приказу, рекомендованному к исполнению руководителям государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в России, при наблюдении за течением физиологической беременности (код по МКБ-10: Z34) на амбулаторно-поликлиническом уровне предлагается исследовать содержание свободного Т4 (с Т4) и ТТГ в сыворотке или плазме крови (коды А 09.05.064-5) с частотой предоставления равной единице, то есть всем беременным.

Патологически высокий ТТГ у беременных

Тиреоидная недостаточность во время гестации является ведущей акушерской проблемой – как по частоте, преобладающей над другими болезнями ЩЖ, так и по патологическому воздействию на все звенья системы «мать-плацента-ребенок» [5]. Она особенно распространена в регионах дефицита йода, и к ним относится почти вся Россия. А ее наиболее драматичным медико-социальным последствием служит повреждение головного мозга эмбриона или плода с самых начальных этапов морфофункционального созревания, что вызывает необратимые (!) нейропсихические и интеллектуальные дефекты у потомства (таблица 1). Алгоритмы максимально ранней диагностики (рис. 1) и лабораторно-контролируемой терапии (рис. 2) гипотиреоза у беременных на основе гестационного скрининга уровня ТТГ помогают предотвращать эти исходы.

ТАБЛИЦА 1.

Задержка умственного развития у потомства женщин с тиреоидной патологией на фоне гестации, (УО – умственная отсталость, ЗГТ – заместительная гормональная терапия, АИТ – аутоиммунный тиреоидит)

	Частота среди беременных	Относительный риск развития УО	Шансы развития УО
Гипотироксинемия (с Т4<N)	10%	4,6	1:20
Субклинический гипотиреоз (ТТГ >N)	2,50%	4,5	0,146
АнтиТПО-носительство	8%	4,8	1:40
В среднем, у потомства беременных – антителоносительниц IQ снижен на 10 баллов			
НО интеллектуальный прогноз благоприятен при адекватной ЗГТ беременной с АИТ			

Принципиально важным является разработка и оперативное внедрение в лабораторную и клиническую практику адекватных нормативов для каждого триместра и для любого теста ТТГ. Это позволяет, судя по публикации текущего года (Shan Z/ и соавт.) [6], основанной на скрининге с 4-й по 20-ю неделю гестации почти 5 тысяч беременных, существенно повысить выявление гипотиреоза (субклинического – почти вдвое, явного – в 4, гипотироксинемии – в 6 раз).

В собственной клинической практике, работая эндокринологом в поликлинике № 1 ПОМЦ, я осуществляю совместную с акушерами-гинекологами раннюю диагностику гипоти-

реоза у беременных, а также женщин, планирующих беременность.

Всех женщин, взятых на учет по беременности, мы обследуем на ТТГ и св. Т4.

При отклонении от нормальных показателей гинекологи направляют женщин к эндокринологу, где проводится коррекция лечения. Назначается L-тироксин в дозе от 75 до 100 мкг/сут. и в динамике смотрим ТТГ и Т4 св. – в 12 недель, 24 недели, 36 недель, а затем, после родов, эти женщины, продолжая получать ЗГТ, наблюдаются у эндокринолога.

Клинический случай № 1.

Пациентка Минеева Т.С., 22 года, имеет 1 беременность (13 недель), обратилась на консультацию от гинеколога с результатами анализов: ТТГ – 4,2 мЕд/л, Т4 св. – 10,0, жалоб на приеме нет, объективно – щитовидная железа не увеличена, ИМТ 24 кг/м², кожа чистая, отеков нет. АД – 115/75 мм рт. ст. ЕСС 626: ритмичный.

Женщине назначен L-тироксин в дозе 100 мкг/сут. Рекомендовано – контроль ТТГ, Т4 св. в срок 24 недели. На приеме – ТТГ – 2,3 мЕд/л, Т4 – 12,8; лечение L-тироксином продолжено в дозе 100 мкг/сут., следующая консультация – в 35 недель беременности: ТТГ 2,1 мЕд/л, L-тироксин продолжала пить до конца беременности и родов и в послеродовый период.

Обратилась на контрольный визит через 3 месяца после родов, ТТГ – 1,5 мЕд/л, доза L-тироксин была убавлена – 75 мкг/сут.

Роды – самостоятельно, в срок, ребенок родился здоровым и развивается правильно.

Клинический случай № 2.

Пациентка Разина Г.И., 25 лет, жалобы: нарушение менструального цикла, наблюдается у гинеколога, в анамнезе – выкидыши в 2009 и в 2011 гг.

При обследовании уровень ТТГ равен 6,0 мЕд/л, Т4 – 9,4; был назначен L-тироксин 100 мкг/сутки. При повторном визите (через 6 месяцев) уровень ТТГ составил 2,1 мЕд/л, доза L-тироксина осталась прежней, нормализовался менструальный цикл.

Спустя еще 6 месяцев (12 месяцев с момента назначения L-тироксина) женщина забеременела. Всю беременность принимала L-тироксин 100 мкг/сут. Беременность протекала нормально. Роды в срок, самостоятельно, ребенок и женщина здоровы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Завершая освещение вопроса о роли и места гормонального анализа в системе гестационного скрининга заболеваний ЩЖ, необходимо еще раз сделать акцент на том, что современные лабораторные возможности позволяют обеспечить оперативную диагностику и надежную компенсацию всех беременных женщин – причем, на амбулаторном уровне.

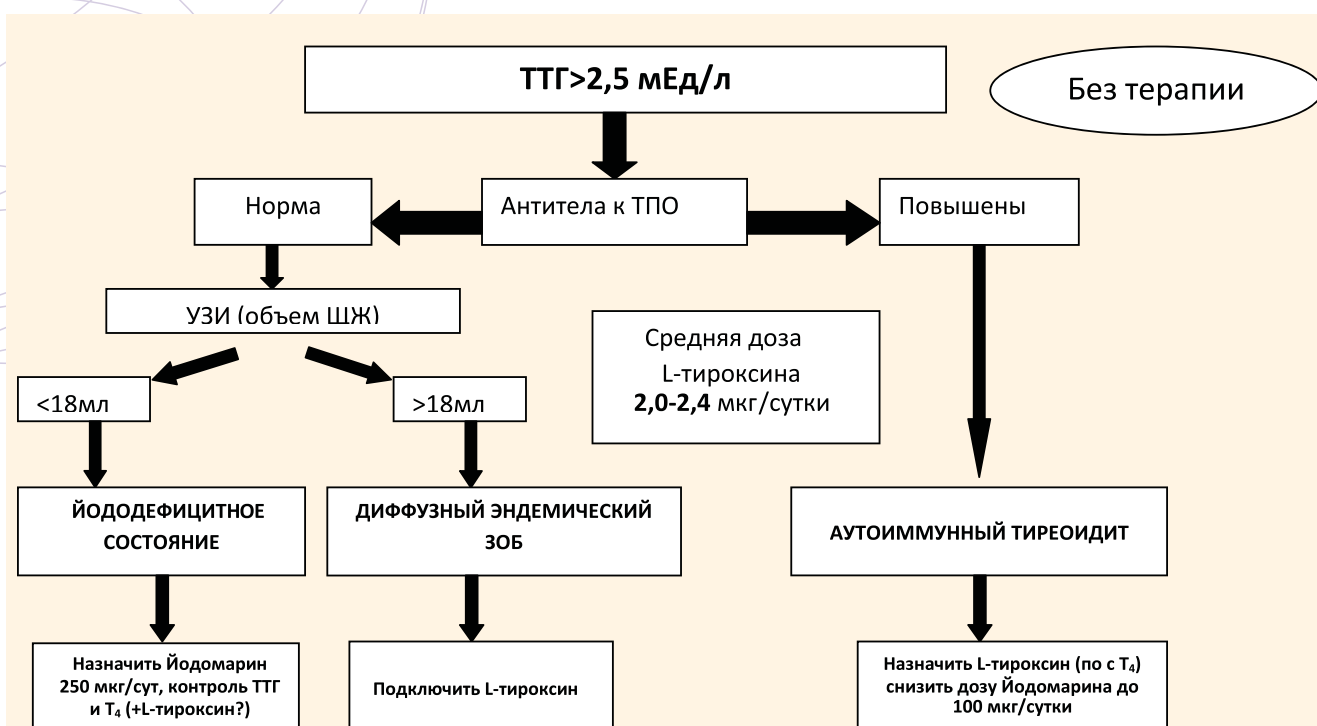


РИС. 1.

Алгоритм первичной диагностики при повышении уровня ТТГ на раннем сроке беременности.

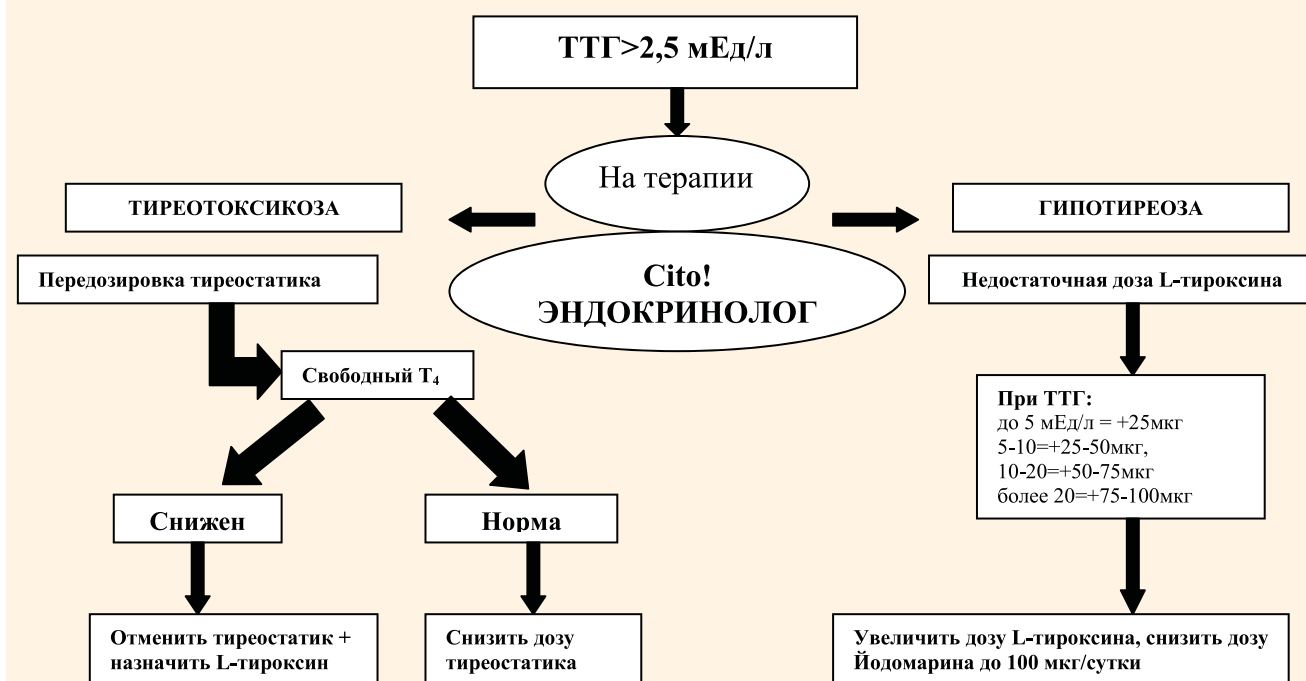


РИС. 2.

Алгоритм интерпретации повышенного уровня ТТГ при мониторинге терапии патологии ЩЖ на раннем сроке беременности.

Итак, для клинициста, курирующего беременность с тиреоидной патологией, гормональный анализ имеет не только мощный динамический потенциал, но и позволяет безупречно обеспечивать максимально адекватный контроль лечения, оценивать степень компенсации у всех и достижения ремиссии у ряда пациенток, а также проводить прогнозное тестирование риска рецидива патологии при их динамическом наблюдении на протяжении всего перигестационного периода у матери и перинатального этапа развития ее ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая лабораторная диагностика. 2009. № 12. С. 33-39.

2. Abalovich M., Amino N., Barbour L.A., Cobin R.H., De Groot L.J., Glinioer D., Mandel S.J., Stagnaro-Green A. Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2007. Vol. 92. № 8. P. 1-47.

3. Vaidya B., Anthony S., Bilous M., Shields B., Drury J., Hutchison S., Bilous R. Detection of thyroid dysfunction in early pregnancy: universal screening or targeted high-risk case finding? J. Clin. Endocrinol. Metab. 2007. № 1. P. 203-207.

4. «Об утверждении стандарта медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности»/Приказ Министерства Здравоохранения и социального развития РФ 14. 09. 2006 г. № 662.

5. Беременность и заболевания щитовидной железы: эндокринологические, акушерские и перинатальные аспекты (пособие для врачей)/под ред. В.И. Краснопольского и др. М.: ИнтелТек, 2005. С. 47.

6. Shan Z.Y., Chen Y.Y., Teng W.P., Yu X.H., Li C.Y., Zhou W.W., Gao B., Zhou J.R., Ding B., Ma Y., Wu Y., Liu Q., Xu H., Liu W., Li J., Wang W.W., Li Y.B., Fan C.L., Wang H., Guo R., Zhang H.M. A study for maternal thyroid hormone deficiency during the first half of pregnancy in China. Eur. J. Clin. Invest. 2009. Vol. 39. № 1. P. 37-42.