

СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

3-е издание, исправленное и дополненное

Под редакцией В.Н. Серова



Москва
Издательство «Литтерра»
2020

Содержание

О справочнике.....	8
Список условных обозначений.....	9
Список сокращений	10
HELLP -синдром	13
А менорея вторичная (гипоталамическая форма) у девочек на фоне гипоталамического синдрома пубертатного периода.....	17
у девочек на фоне нарушения функции щитовидной железы.....	19
у девочек на фоне потери массы тела.....	20
у женщин на фоне занятий спортом.....	21
у женщин на фоне потери массы тела.....	22
у женщин на фоне стресса.....	23
А менорея вторичная (гипофизарная форма) у девочек на фоне гиперпролактинемии.....	24
у женщин на фоне опухоли гипофиза.....	25
у женщин на фоне послеродового гипопитуитаризма (синдром Шихана).....	26
у женщин на фоне синдрома «пустого» турецкого седла....	27
у женщин на фоне синдрома гиперторможения гонадотропной функции гипофиза	28
А менорея вторичная (маточная форма) у женщин.....	29
А менорея вторичная (надпочечниковая форма) у девочек на фоне постпубертатной (неклассической) формы врожденной дисфункции коры надпочечников.....	30
А менорея вторичная (яичниковая форма) у девочек на фоне синдрома истощения яичников.....	31
у девочек на фоне формирующегося синдрома поликистозных яичников	32
у женщин на фоне синдрома истощения яичников.....	32
у женщин на фоне синдрома резистентных яичников.....	33
у женщин ятрогенного и аутоиммунного генеза.....	34
А немия железодефицитная у беременных	34
А стма бронхиальная у беременных.....	38

Б есплодие	
при гонадотропной недостаточности.....	43
при синдроме поликистозных яичников	46
при яичниковой недостаточности	51
при доброкачественных опухолях	
и опухолевидных образованиях яичников	54
трубно-перитонеальное	60
В агиноз бактериальный	
у беременных	67
у небеременных.....	69
ВИЧ-инфекция у беременных	71
Вульвовагинит у девочек	
атопический	76
кандидозный	79
острый бактериальный	80
при глистной инвазии.....	83
Г ерпетическая инфекция (генитальная форма)	
у беременных	85
у небеременных.....	87
Гиперплазия эндометрия	90
аденоматозная и атипическая.....	91
в сочетании с миомой матки и (или) аденомиозом	92
простая	93
простая рецидивирующая.....	93
Гиперпролактинемия.....	94
Гипоголактия и аголактия.....	96
Гипотиреоз у беременных.....	98
Гонорея у беременных	
неосложненная	99
осложненная.....	99
Д епрессивные расстройства	
у беременных и кормящих.....	101
у небеременных.....	103
Дисменорея у подростков	108
Дистрофия печени острая жировая у беременных.....	111
З адержка полового развития	
центрального происхождения (гипоталамическая форма)..	115
центрального происхождения (гипофизарная форма).....	117
яичникового происхождения.....	118

Зоб	
токсический диффузный (болезнь Грейвса–Базедова)	
у беременных.....	122
токсический узловой (многоузловой) у беременных.....	126
узловой на фоне аутоиммунных заболеваний	
щитовидной железы у беременных.....	126
эндемический эутиреоидный диффузный у беременных.....	127
эндемический эутиреоидный узловой (многоузловой)	
у беременных.....	129
Кандидоз урогенитальный	
у беременных.....	135
у небеременных.....	136
Киста яичников функциональная в пубертатном периоде.....	138
Киста яичников фолликулярная и киста желтого тела	
в зрелом возрасте.....	141
Контрацепция.....	144
Климактерический период и менопауза.....	150
Кровотечения маточные	
в последовом периоде.....	156
в раннем послеродовом периоде.....	159
в пубертатном периоде.....	162
Лимфогранулематоз у беременных.....	169
Меноррагии.....	171
Микоплазмоз урогенитальный	
у беременных.....	175
у небеременных.....	177
Миома матки.....	179
Невынашивание беременности привычное	
аутоиммунного генеза (антифосфолипидный синдром).....	185
инфекционного генеза.....	188
при гиперандрогении.....	190
при истмико-цервикальной недостаточности.....	192
при неполноценной лютеиновой фазе.....	195
при пороках развития матки.....	196
Недостаточность плацентарная.....	197
Остеопороз постменопаузальный.....	203
Отслойка нормально расположенной плаценты	
преждевременная.....	210

Папилломавирусная инфекция (генитальная форма)	215
Пиелонефрит у беременных	219
Пневмония внебольничная у беременных	224
Полип эндометрия	232
Предлежание плаценты	235
Преждевременное половое развитие	
при врожденной дисфункции коры надпочечников	238
при гипотиреозе	239
при синдроме Мак-Кьюна–Олбрайта–Брайцева	239
при фолликулярных кистах яичника	240
центрального происхождения (полная форма)	240
Презклампсия	241
Пурпура идиопатическая тромбоцитопеническая у беременных	251
Р вота беременных	259
Родовой травматизм	262
С альпингит и сальпингоофорит у девочек	
острый	277
хронический	281
Сахарный диабет у беременных	283
Синдром гипоталамический пубертатного периода	288
Синдром поликистозных яичников, формирующийся у подростков	291
Синдром предменструального напряжения	296
Сифилис у беременных	
профилактика	302
первичный	304
вторичный и ранний скрытый	305
Слабость	
потуг	307
родовой деятельности (первичная и вторичная)	309
Т иреоидит	
аутоиммунный у беременных	315
послеродовый	315
Трихомонадная инфекция (урогенитальная форма) у беременных	316

У гроза прерывания беременности	
в I триместре.....	319
во II и III триместрах	321
Урогенитальные расстройства в климактерическом периоде.....	325
Х ламидиозная инфекция (урогенитальная форма)	
у беременных	329
у небеременных.....	331
Холестаз внутрпеченочный у беременных	332
Ц истит у беременных	335
Цитомегаловирусная инфекция у беременных.....	337
Э кзо- и эндоцервициты	339
Эндометриоз	
генитальный у подростков	341
шейки матки.....	343
Указатель ЛС.....	347

3

Задержка полового развития центрального происхождения (гипоталамическая форма)

Тактика лечения определяется индивидуально и зависит от выявленных этиологических факторов, формы задержки полового развития (ЗПР), результатов проведенного обследования.

Обязателен комплексный подход.

В первую очередь (по возможности) необходимо проведение терапии заболеваний, послуживших причиной развития гипоталамо-гипофизарной недостаточности.

При алиментарной недостаточности показаны полноценное питание и нормализация массы тела, устранение чрезмерных физических или эмоциональных нагрузок.

Витаминотерапия и терапия средствами, улучшающими мозговую кровоток и высшую нервную деятельность

При гипоталамической форме ЗПР и сохранной гормональной функции гипофиза (проба с агонистами ГнРГ

положительная) показана терапия, направленная на улучшение деятельности центральной нервной системы (ЦНС) в циклическом режиме, до нормализации функции гипоталамических структур мозга.

Винпоцетин	внутри 5 мг 3 р/сут, 1 мес, 2–3 курса в год + Аскорбиновая кислота внутри 0,5 г 2 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес, 2–3 курса в год + Витамин Е внутри 200–400 мг/сут, 3 мес, 2–3 курса в год + Магния лактат/пиридоксин внутри 1 табл. 2 р/сут, 3 мес, 2–3 курса в год + Фолиевая кислота внутри 1 мг 3 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., по 3 мес, 2–3 курса в год
-------------------	---

Глицин	внутри 100 мг 3 р/сут, 1–3 мес, 2–3 курса в год + Аскорбиновая кислота внутри 0,5 г 2 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес, 2–3 курса в год + Витамин Е внутри 200–400 мг/сут, 3 мес, 2–3 курса в год + Магния лактат/пиридоксин внутри 1 табл. 2 р/сут, 3 мес, 2–3 курса в год + Фолиевая кислота внутри 1 мг 3 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., по 3 мес, 2–3 курса в год
---------------	---

Пирацетам	внутри 400 мг 2 р/сут, 1 мес, 2–3 курса в год + Аскорбиновая кислота внутри 0,5 г 2 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес, 2–3 курса в год + Витамин Е внутри 200–400 мг/сут, 3 мес, 2–3 курса в год + Магния лактат/пиридоксин внутри 1 табл. 2 р/сут, 3 мес, 2–3 курса в год + Фолиевая кислота внутри 1 мг 3 р/сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., по 3 мес, 2–3 курса в год
------------------	---

Могут также быть назначены ЛС с противосудорожной активностью.

Карбамазепин	внутри 100 мг 1 р/сут на ночь, 2–4 мес
---------------------	--

Заместительная гормональная терапия

В целях улучшения положительной обратной связи гипоталамических структур проводится циклическая ЗГТ в течение 3–6 мес.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, или гель нанести на кожу живота или ягодиц 1 мг 1 р/сут, непрерывно + Дидрогестерон
------------------	---

	внутри 10 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла или Прогестерон внутри 100 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, непрерывно + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла или Прогестерон внутри 100 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла
Этинилэстрадиол	внутри 25–50 мкг/сут, непрерывно + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла или Прогестерон внутри 100 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла

Фитотерапия и терапия гомеопатическими средствами

Как альтернатива описанной терапии ЛС могут применяться **растительные и гомеопатические ЛС**.

Комбинированный гомеопатический препарат растительного происхождения	внутри 30 капель или 1 табл. 2 р/сут, не менее 3 мес, без перерыва во время менструации (капли немного разбавляют водой или другой жидкостью, таблетки принимают с небольшим количеством жидкости)
Прутьяка обыкновенного плодов экстракт	внутри 40 капель или 1 табл. 1 р/сут утром, 3 мес, без перерыва во время менструации (таблетку не следует разжевывать)

Задержка полового развития центрального происхождения (гипофизарная форма)

При гипофизарной форме ЗПР и отрицательной пробе с агонистом ГнРГ показано проведение ЗГТ.

3

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, 14 сут +* Эстрадиол/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 14 сут
Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, 12 сут +* Эстрадиол/норэтистерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут +* Эстрадиол внутри 1 мг 1 р/сут, 6 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/левоноргес- трел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/- медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат/ципротерон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат/мед- роксипрогестерон внутри 2 мг/20 мг 1 р/сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р/сут, 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/- медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг, 12 сут +* Эстрадиола валерат внутри 1 мг 1 р/сут, 7 сут
* После окончания курса лечения.	

В последующем при желании женщины забеременеть проводится терапия бесплодия, включая ЗГТ и стимуляцию овуляции.

Задержка полового развития яичникового происхождения

В связи с высоким риском малигнизации гонад при наличии хромосомы Y необходимо их оперативное удаление в основном лапароскопическим доступом.

При отсутствии хромосомы Y в кариотипе или после оперативного удаления гонад при ее наличии проводят ЗГТ.

Основные цели ЗГТ:

- феминизация фигуры, развитие оволосения, соответствующего полу, молочных желез, матки;
- подавление уровня гонадотропинов;

- поддержание циклических изменений в эндометрии с менструальноподобной реакцией;
- профилактика эстрогендефицитных состояний (остеопороза, метаболических нарушений, урогенитальных расстройств);
- социальная и психологическая адаптация.

В качестве **I этапа терапии** пациенткам с костным возрастом от 4 до 11 лет показаны синтетические аналоги гормона роста или анаболические стероидные ЛС.

Нандролон	в/м 25–50 мг 1 р/3–4 нед, длительность терапии определяют индивидуально, повторный курс через 8 нед после последней инъекции
------------------	--

Соматропин	п/к 0,14 МЕ/кг (4,3 МЕ/м ²) 1 р/сут, длительность терапии определяют индивидуально
-------------------	--

Эти ЛС назначаются эндокринологом при выявлении недостаточности гормона роста под контролем рентгенографии черепа или томографии головного мозга.

Лечение прекращают при достижении пациенткой роста, достаточного для взрослого человека, или при закрытии эпифизов трубчатых костей.

При применении синтетических аналогов гормона роста одновременно назначают препараты кальция.

В качестве **альтернативного лечения** может быть использована схема неспецифической стимуляции роста:

Ретинол	внутри 5000 МЕ 3 р/сут, 1 мес +* Глутаминовая кислота внутри за 15–30 мин до еды 1 г 3 р/сут, 1 мес +* Фолиевая кислота внутри 1 мг 3 р/сут, 1 мес + Аскорбиновая кислота внутри после еды 100–200 мг 1 р/сут, 1 мес +* Поливитамины 1 табл. 1 р/сут, 2 мес +* Витамин Е внутри 200 мг 1 р/сут, 1 мес +* Клонидин внутри 0,075 мг на ночь, 2 мес
----------------	--

* После окончания курса лечения.

На фоне вышеуказанной терапии дополнительно назначают:

Левотироксин натрия	внутри 25 мкг 1 р/сут, 8 мес + Маточное молочко внутри 1 табл. 3 р/сут, 8 мес + Корня петрушки отвар внутри 3 ст. л. 2 р/сут, по 10 сут в течение 8 мес
----------------------------	---

На II этапе терапии при «типичной» форме у пациенток с костным возрастом 11–12,5 лет наиболее целесообразно применение натуральных эстрогенов до появления первой менструальноподобной реакции.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, непрерывно, или пластырь приклеить на кожу 1 р/нед, длительно
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, непрерывно
Этинилэстрадиол	внутри 25–50 мкг/сут, непрерывно

В последующем длительно, по крайней мере на протяжении всего репродуктивного периода жизни, применяют следующие схемы ЗГТ:

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, непрерывно, или пластырь приклеить на кожу 1 р/нед, или Эстрадиола валерат 2 мг 1 р/сут, непрерывно, или Этинилэстрадиол внутри 25–50 мкг/сут непрерывно
Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, или гель нанести на кожу живота или ягодиц 1 мг 1 р/сут, постоянно + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла или Прогестерон внутри 100 мг 2 р/сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат/-медроксипрогестерон внутри 2 мг/20 мг 1 р/сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р/сут, 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/-медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг, 12 сут +* Эстрадиола валерат внутри 1 мг 1 р/сут, 7 сут

*После окончания курса лечения.

Применение эстрадиола в виде геля предпочтительно и у пациенток старше 18 лет с дисгенезией гонад, страдающих заболеваниями ЖКТ или гепатобилиарной системы.

При позднем обращении пациенток (старше 16 лет) для быстрого появления вторичных половых признаков и увеличения матки предпочтительна следующая схема ЗГТ:

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат/-медроксипрогестерон внутри 2 мг/20 мг 1 р/сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р/сут, 7 сут
---------------------------	--

* После окончания курса лечения.

После достижения желаемого результата возможно изменение режима ЗГТ.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р/сут, 14 сут +* Эстрадиол/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 14 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат/медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат/ципро- терон внутри 2 мг/1 мг 1 р/сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/- медроксипрогестерон внутри 2 мг/10 мг, 12 сут +* Эстрадиола валерат внутри 1 мг 1 р/сут, 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат/- левоноргестрел внутри 2 мг/0,15 мг 1 р/сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут

* После окончания курса лечения.

Пациенткам с «чистой» и «смешанной» формами дисгенезии гонад, особенно высокорослым, лечение желательно начинать при костном возрасте 9–11 лет.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р/сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат/- медроксипрогестерон внутри 2 мг/20 мг 1 р/сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р/сут, 7 сут
---------------------------	---

* После окончания курса лечения.

Наряду с системной ЗГТ в целях профилактики рецидивов атрофического вульвовагинита показана местная терапия эстрогенами.

Эстриол	во влагалище 1 аппликатор 1 р/нед или 1 свеча на ночь 1 р/нед, длительность терапии определяют индивидуально
----------------	---

Для желающих реализовать свою репродуктивную функцию с целью подготовки к нидации (имплантации) яйцеклетки наиболее приемлемо назначение следующей схемы ЗГТ не менее чем на 3–6 мес:

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг, 14 сут + Эстрадиола валерат/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг, 14 сут, или Эстрадиол 2 мг/сут, 14 дней + эстрадиол 2 мг/сут и дидрогестерон 10 мг/сут, 14 сут
---------------------------	--

* После окончания курса лечения.

3

Вопрос о возможности тиреодистрофии следует решать при повышении содержания плазменного эстрадиола до значений, превышающих 300 пмоль/л, нормализации уровня ФСГ и ЛГ и при достижении толщины эндометрия более 0,8 см.

Во избежание передозировки и нежелательных побочных эффектов в первые 2 года ЗГТ целесообразно проводить контрольные исследования через короткие, трехмесячные интервалы. Подобная тактика позволяет, кроме того, наладить психологический контакт с пациентками и своевременно корректировать назначаемое лечение.

Зоб токсический диффузный (болезнь Грейвса–Базедова) у беременных

В настоящее время используют три варианта лечения диффузного токсического зоба (ДТЗ): **лечение тиреостатическими ЛС, хирургическое и лечение радиоактивным ^{131}I** . Последний вариант для беременных неприемлем.

Терапия тиреостатическими средствами

Лечение тиреостатическими ЛС заключается в применении тиамазола или пропилтиоурацила, которые подавляют биосинтез тиреоидных гормонов. При беременности более целесообразно применение пропилтиоурацила, поскольку он хуже проникает через плаценту и в молочную железу.

Для достижения эутиреоидного состояния:

Пропил-тиоурацил	внутри независимо от приема пищи 100 мг 3–4 р/сут, 3–4 нед
Тиамазол	внутри независимо от приема пищи 15–20 мг 1 р/сут, 3–4 нед

Для поддержания эутиреоидного состояния:

Пропил-тиоурацил	внутри независимо от приема пищи 50–100 мг 1 р/сут, 12–18 мес
Тиамазол	внутри независимо от приема пищи 2,5–5 мг 1 р/сут, 12–18 мес

После исчезновения признаков тиреотоксикоза дозы тиреостатических средств можно снижать и, поскольку во II и III триместрах беременности обычно наблюдается ремиссия ДТЗ, эти ЛС можно вообще отменить. Некоторые клиницисты, учитывая стрессовое воздействие родов, считают целесообразным продолжать лечение низкими дозами тиреостатических средств до самых родов и даже после них.

После родов за состоянием женщины с тиреотоксикозом необходимо тщательно наблюдать, поскольку в этот период возрастает риск рецидива. В некоторых случаях лучше продолжить лечение низкими дозами тиреостатических ЛС в течение не менее 6 мес, даже если к моменту родов отмечалась ремиссия заболевания.

Лечение тиреостатическими ЛС во время беременности нельзя назвать абсолютно безопасным, но оно необходимо, поскольку заболевание беременных тиреотоксикозом повышает риск рождения мертвого ребенка, наступления преждевременных родов или развития гестоза. Повышаются также частота неонатальной смертности, вероятность рождения ребенка с дефицитом массы тела.

При тиреотоксическом кризе назначают высокие дозы тиреостатических ЛС, причем предпочтение следует отдать пропилтиоурацилу, который дополнительно препятствует превращению T_4 в T_3 на периферии.

Пропил-тиоурацил	внутри независимо от приема пищи 600 мг, однократно, затем 300 мг каждые 6–8 ч, до ликвидации клинических проявлений криза
Тиамазол	внутри 60–80 мг, однократно, затем 30 мг каждые 6–8 ч, до ликвидации клинических проявлений

Кроме того, в/в назначают ГКС, которые подавляют секрецию гормонов ЩЖ и уменьшают превращение T_4 в T_3 , компенсируют относительную надпочечниковую недостаточность, оказывают иммуносупрессивное действие.

Гидрокортизон	в/в 50–100 мг каждые 6–8 ч, до ликвидации клинических проявлений криза
----------------------	--

Непрерывно проводят дезинтоксикационную терапию, при этом общее количество переливаемой жидкости составляет 3 л. При гипертермии рекомендуются влажные обертывания тела. При необходимости назначают транквилизаторы.

Оперативное лечение

Оперативное лечение во время беременности (субтотальная резекция щитовидной железы) показано при отсутствии эффекта от консервативного лечения ДТЗ средней тяжести и при узловом зобе, при необходимости использования высоких доз тиреостатических ЛС для поддержания эутиреоидного состояния, при подозрении на малигнизацию и при зобе больших размеров. Наиболее целесообразно осуществить операцию в начале II триместра беременности. Хирургическое лечение на более ранних сроках чаще приводит к спонтанному аборт. Подготовка к операции заключается в назначении тиамазола до достижения эутиреоидного состояния, преднизолона, витаминов. С целью предупреждения возможного прерывания беременности после операции необходимо назначать ЛС, снижающие возбудимость матки, и гестагены.

Планирование семьи при диффузном токсическом зобе

Оптимальный период для планирования семьи — полное устранение тиреотоксикоза, при этом обязательным условием является исчезновение из крови антител к рецептору ТТГ (тиреостимулирующих иммуноглобулинов) до наступления беременности. В противном случае они поступят в кровь плода и будут стимулировать его щитовидную железу, что приведет к развитию врожденного тиреотоксикоза.

При легкой форме ДТЗ беременность может быть сохранена, но требуются обязательное наблюдение акушера-гинеколога, эндокринолога и лечение в первой половине беременности.

Заболевание средней и тяжелой степени тяжести при неэффективности комплексной консервативной терапии служит показанием к хирургическому лечению в конце I — начале II триместра беременности или прерыванию беременности и обязательному последующему лечению тиреотоксикоза.

Женщину, страдающую ДТЗ, необходимо госпитализировать в ранние сроки беременности, так как именно в это время чаще наблюдается обострение заболевания и довольно часто возникает угроза прерывания беременности. Госпитализация может понадобиться для коррекции гормональных нарушений, при присоединении преэклампсии и других осложнений беременности.

Родоразрешение должно производиться на фоне эутиреоза, чтобы не спровоцировать развитие тиреотоксического криза. Ведение родов предусматривает выжидательную тактику; необходим контроль состояния сердечно-сосудистой системы, по показаниям применяют сердечно-сосудистые ЛС в связи с опасностью развития декомпенсации кровообращения. В послеродовом и раннем послеродовом

периодах должна проводиться профилактика кровотечения.

Зоб токсический узловой (многоузловой) у беременных

Поскольку лечение радиоактивным йодом во время беременности не применяется, показано **хирургическое лечение** при сохранении беременности. В период подготовки к операции назначают тиреостатические ЛС, пропранолол.

Зоб узловой на фоне аутоиммунных заболеваний щитовидной железы у беременных

На фоне хронического аутоиммунного тиреоидита может возникнуть любое узловое образование, морфологическую характеристику которого следует уточнять при проведении пункционной биопсии узла. В том случае, если у больной с подтвержденным хроническим аутоиммунным тиреоидитом в щитовидной железе (ЩЖ) методом УЗИ выявляется узловое образование, а при цитологическом исследовании из этого образования получен материал, характерный для пролиферирующего узлового коллоидного зутирео-

идного зоба, то лечение такой пациентки необходимо осуществлять в соответствии с вышеуказанными принципами. Если же у больной с хроническим аутоиммунным тиреоидитом при УЗИ выявляются очаги повышенной неоднородности в ЩЖ, отличающиеся структурно от окружающей ткани, и при цитологическом исследовании пунктат из них характерен для усиленной лимфоидной инфильтрации, обнаруживаемой при гипертрофической форме хронического аутоиммунного тиреоидита, то лечение проводят в соответствии с алгоритмом терапии тиреоидита.

Зоб эндемический эутиреоидный диффузный у беременных

3

Основными задачами консервативного лечения эутиреоидного зоба являются стабилизация размеров узловых образований и отсутствие формирования новых узлов в ткани щитовидной железы (ЩЖ), а также уменьшение ее размеров.

Терапия тиреостатическими средствами и препаратами йода

Медикаментозную терапию эутиреоидного йододефицитного зоба проводят с помощью препаратов йода, тиреоидных гормонов или комбинации этих ЛС.

Как правило, для большинства больных достаточно назначения калия йодида в физиологической дозе.

Калия йодид

внутри 200 мкг 1 р/сут, 1,5–2 года

В том случае если через 6 мес отмечается значительное уменьшение или нормализация размеров ЩЖ, рекомендуется продолжить прием препаратов йода в профилактической дозе.

Если на фоне приема препаратов йода в течение 6 мес произошло нормализации размеров ЩЖ, то показано применение левотироксина.

Левотироксин натрия	внутри утром, за 30 мин до завтрака, 100–150 мкг 1 р/сут, длительно ± Калия йодид внутри 200 мкг/сут, длительно
----------------------------	--

Адекватную дозу подбирают в соответствии с уровнем ТТГ, который должен быть на нижней границе нормы. После нормализации размеров ЩЖ по данным УЗИ, проводимого каждые 6 мес, рекомендуется переход на длительный прием профилактических доз йода.

Профилактика

Задачей **профилактических мероприятий** является достижение оптимального уровня потребления йода населением.

Для удовлетворения потребности организма в йоде рекомендуются следующие **нормы** его ежедневного потребления (ВОЗ, 1996):

- 50 мкг — для детей грудного возраста;
- 90 мкг — для детей от 2 до 6 лет;
- 120 мкг — для детей от 7 до 12 лет;
- 150 мкг — для подростков старше 12 лет и взрослых;
- 200 мкг — для беременных и кормящих женщин.

В связи с этим каждый житель йододефицитного региона должен получать ежедневно дополнительное количество йода:

- дети в препубертатном периоде — 100 мкг;
- подростки — 200 мкг;
- взрослые — 150 мкг;
- беременные и кормящие женщины — 200 мкг.

Дети грудного возраста получают йод с молоком матери.

Для преодоления дефицита йода используют следующие методы профилактики:

- **массовую йодную профилактику** — профилактику в масштабе популяции, осуществляемую путем внесения йода в наиболее распространенные продукты питания (хлеб, соль);
- **групповую йодную профилактику** — профилактику в масштабе определенных групп повышенного риска развития йододефицитных заболеваний: детей, подростков, беременных и кормящих женщин. Осуществляется путем регулярного длительного приема препаратов, содержащих физиологические дозы йода;
- **индивидуальную йодную профилактику** — профилактику у отдельных лиц путем длительного приема препаратов, содержащих физиологические дозы йода.

Предотвратить формирование зоба во время беременности можно систематическим приемом калия йодида.

<i>Калия йодид</i>	<i>внутри 200 мкг 1 р/сут, длительно</i>
--------------------	--

Можно также применять комплексные витаминно-минеральные препараты, содержащие йод.

Зоб эндемический эутиреоидный узловой (многоузловой) у беременных

Узловой эутиреоидный зоб в виде одиночного или множественных узлов нередко диагностируют у молодых женщин. Вероятность развития тиреотоксикоза при этом

во время беременности невелика, поскольку возрастает потребность в тиреоидных гормонах и ускоряется клиренс йода. После родов, в отличие от ДТЗ, риск развития тиреотоксикоза у женщин с узлами ЩЖ не увеличивается. Если возникают показания к удалению узла, операцию лучше производить во II триместре беременности либо через некоторое время после родов. После операции при необходимости проводят заместительную терапию тиреоидными гормонами. **Узловой эутиреоидный зоб не является показанием к прерыванию беременности.**

Консервативное лечение (левотироксином в дозе, позволяющей поддерживать уровень ТТГ на нижней границе физиологической нормы — 0,5–1 мЕ/л) оправдано при наличии у больной одиночного узлового коллоидного эутиреоидного зоба (УКЗ) небольших размеров, преимущественно паренхиматозного типа строения (узел не более 3 см) или многоузлового зоба на ранних стадиях (при небольшом числе узловых образований и умеренной пролиферации фолликулярных клеток, а также при условии, что исходный уровень ТТГ не ниже 1 мЕ/мл). Основная цель лечения — предотвратить или замедлить дальнейший рост узла.

Левотироксин натрия	внутри утром, за 30 мин до завтрака, 100–150 мкг 1 р/сут, 12 мес
----------------------------	---

Использование комбинированных препаратов (левотироксин натрия /йодид калия) при лечении УКЗ вполне оправдано, особенно у пациенток, проживающих в регионах с умеренной или тяжелой степенью йодной недостаточности. Однако эффект от такой терапии будет несколько более отсроченным, чем при монотерапии левотироксином. Кроме того, более предпочтительно начинать лечение узлового эутиреоидного зоба именно с левотироксина, так как в патогенезе зоба помимо йодной недостаточности могут принимать участие и другие зобогенные факторы или врожденный дефект синтеза тиреоидных гормонов.

На фоне лечения проводят контрольные определения уровня ТТГ в крови и УЗИ ЩЖ каждые 3–4 мес.

После отмены левотироксина пациентки с положительными результатами терапии должны получать физиологическое количество йода с пищей либо дополнительно в виде ЛС во избежание рецидива заболевания.

Калия йодид *внутри 150–200 мкг 1 р/сут, длительно*

Назначение препаратов тиреоидных гормонов при узловом зобе не показано:

- при длительно существующих узловых (многоузловых) зобах;
- при наличии выраженного кистозного компонента в узловом образовании;
- если размер одного из образований 3 см и более.

Абсолютные противопоказания к назначению левотироксина больным с узловым зобом:

- **кардиологические:**
 - ИБС с тяжелыми нарушениями ритма сердца, политопная или частая экстрасистолия;
 - стенокардия напряжения III–IV функциональных классов;
 - нестабильная стенокардия;
 - выраженная недостаточность кровообращения (начиная со стадии IIb);
- **эндокринологические:**
 - базальный уровень ТТГ менее 1 мЕ/л;
 - признаки повышенной функциональной активности тиреоцитов при цитологическом исследовании пунктата;
 - «горячие» узлы при сканировании.

Гипотиреоз

Врачебная тактика при беременности на фоне гипотиреоза основывается на положении, что беременные с этим заболеванием относятся к группе высокого риска

перинатальной патологии. Проведение адекватной заместительной терапии тиреоидными гормонами под контролем уровня ТТГ и T_4 в сыворотке крови — залог успешного исхода беременности.

Заместительную терапию левотироксином у беременных проводят из расчета 2,3 мкг/кг массы тела, причем при впервые выявленном во время беременности гипотиреозе необходимо сразу назначать полную заместительную дозу.

Левотироксин натрий	внутри 150–200 мкг утром натощак за 30 мин до завтрака 1 р/сут до окончания беременности, затем коррекция дозы
----------------------------	---

Аутоиммунный тиреоидит Хашимото

При развитии гипотиреоза проводят заместительную терапию тиреоидными гормонами.

Левотироксин натрий	внутри 150–200 мкг утром натощак за 30 мин до завтрака 1 р/сут до окончания беременности, затем коррекция дозы
----------------------------	---

Послеродовой тиреоидит

Лечение направлено на коррекцию нарушения функции ЩЖ. Лечение проводится только при выраженных клинических проявлениях.

При появлении отчетливых симптомов или при сохранении лабораторных признаков гипотиреоза необходимо начать лечение левотироксином.

Левотироксин натрий	внутри 100–150 мкг утром натощак за 30 мин до завтрака ка 1 р/сут, 6 мес
----------------------------	---

Через 6 мес после назначения левотироксина следует сделать попытку его отмены и определить функцию ЩЖ

(не менее чем через 4–6 нед после прекращения лечения). При восстановлении функции ЩЖ дальнейшая терапия не рекомендована.

При сохраняющемся гипотиреоза лечение левотироксином следует продолжить, и через 3–6 мес попытаться его отменить. Сохранение гипотиреоза более 6 мес с высокой вероятностью указывает на формирование стойкого манифестного гипотиреоза, что обуславливает необходимость пожизненной терапии левотироксином.

Левотироксин натрий	внутри 25–50 мкг/сут утром за 30 мин до завтрака, с последующим повышением дозы на 25–50 мкг/сут до 100–150 мкг/сут, пожизненно
----------------------------	---

Как правило, транзиторный тиреотоксикоз при послеродовом тиреоидите проходит самостоятельно в течение 3–5 нед, при необходимости могут быть назначены β -блокаторы.

Пропранолол	внутри 20–40 мг 3–4 р/сут, до ликвидации клинических проявлений
--------------------	---