

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Г.Т. Глембоцкая, доктор фармацевтических наук, профессор, А.С. Захарова*
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,
Российская Федерация, 119991, Москва, Трубецкая ул., д.8, стр.2

Введение. Нарушения функции щитовидной железы приводят к осложнениям беременности и родов, формированию других гинекологических патологий у женщин.

Цель работы – сравнительная характеристика клинических рекомендаций для формирования методической основы выявления особенностей фармацевтической помощи беременным женщинам с гипотиреозом.

Материал и методы. Изучали клинические рекомендации: Американской тиреоидной ассоциации, Эндокринологического общества США, Европейской тиреоидной ассоциации и Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы у беременных женщин. Исследование проводилось с использованием контент-анализа и сравнительного анализа.

Результаты. Сформированы основные критерии, по которым была проведена сравнительная характеристика анализируемых документов. Рекомендации по лечению гипотиреоза у беременных женщин представлены во всех документах, но расставленные в них акценты довольно широко дифференцированы. Современным стандартом лечения гипотиреоза является заместительная терапия с применением различных дозировок L-T₄.

Заключение. Сформирована методическая основа выявления особенностей фармацевтической помощи беременным женщинам с гипотиреозом. Результаты исследования могут быть использованы провизорами, практикующими врачами и исследователями в области оптимизации медицинской и фармацевтической помощи беременным женщинам с патологией щитовидной железы.

Ключевые слова: клинические рекомендации, фармацевтическая помощь, гипотиреоз, беременность.

*E-mail: zakharova0703@yandex.ru

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия в Российской Федерации (РФ) отмечается повышенная распространенность заболеваний щитовидной железы, связанная с беременностью (10–15%), причем распространенность гипотиреоза у беременных по различным оценкам составляет около 2,5–4,0% [1, 2]. Нарушения функции щитовидной железы, особенно в сочетании с медико-социальными факторами риска, оказывают выраженное негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин (например, овulatory дисфункция при гипотиреозе), приводят к осложнениям беременности и родов, формированию других гинекологических патологий [3]. У женщин с некомпенсированным гипотиреозом чаще наблюдаются такие осложнения, как вагинальные кровотечения, преждевременные роды, отслойка плаценты, гипертония, необходимость кесарева сечения, неудачи при проведении ЭКО, бесплодие. Наличие как манифестного, так и субклинического гипотиреоза может также иметь необратимые последствия для развития плода и функций его мозга. Многочисленные исследования показали, что дети, рожденные от

матерей с нелеченным гипотиреозом, имеют худшие показатели коэффициента IQ, выживаемости, баллов по шкале Апгар по сравнению с детьми, матери которых получали адекватную дозу левотироксина. Ориентироваться на клиническую картину для выделения группы риска наличия гипотиреоза у беременных чрезвычайно сложно, поскольку жалобы при гипотиреозе неспецифичны, многие из них (например, слабость, сонливость) могут быть проявлениями самой беременности. Кроме этого, доказано неблагоприятное влияние на течение беременности не только манифестного, но и субклинического гипотиреоза, при котором жалобы вообще отсутствуют [1].

В РФ в общем тренде с мировой практикой, начиная с конца XX века, активно осуществляется переход к фармацевтической помощи в более широком понимании: в области профилактики и выявления болезней на ранних стадиях, выбора схем фармакотерапии и контроля ее эффективности, минимизации побочных эффектов лекарственных препаратов, формирования нового менталитета, нацеленного на доверие пациентов к медицинской помощи в целом [4]. Результаты научных исследований и накопленный практический опыт в области фармакотерапии мно-

гих заболеваний свидетельствуют о том, что достижение эффективности профилактики и лечения во многом обеспечивается согласованностью предпринимаемых действий и поведения всех субъектов фармацевтической помощи: врача, провизора, пациента [5–8].

Таким образом, высокая распространенность, своеобразие клинической картины, трудности диагностирования, особенности лечения в зависимости от возраста и сопутствующей патологии делают проблему медицинской и фармацевтической помощи беременным женщинам, у которых есть риск развития гипотиреоза, крайне актуальной.

Нами была выдвинута гипотеза, что эффективная организация фармацевтической помощи женщинам с патологией щитовидной железы должна базироваться на Федеральных клинических рекомендациях и рекомендациях ведущих эндокринологических организаций для обеспечения в полной мере реализации фармакотерапии с учетом физической и ценовой доступности назначаемых лекарственных препаратов. Для доказательства выдвинутой гипотезы проводилось многоэтапное исследование, начиная с анализа и ранжирования клинических рекомендаций по диагностике и лечению гипотиреоза у беременных и заканчивая разработкой методических рекомендаций для специалистов аптечных организаций по оптимизации фармацевтической помощи.

Цель настоящей работы – сравнительная характеристика и ранжирование клинических рекомендаций для формирования информационно-методической основы выявления особенностей фармацевтической помощи беременным женщинам с гипотиреозом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Используемые в современной медицинской практике методические подходы к диагностике и лечению гипотиреоза у беременных представлены в ряде клинических рекомендаций: Европейской тиреоидной ассоциации (ЕТА) по диагностике и лечению субклинического гипотиреоза у беременных женщин и детей [9], Федеральных рекомендациях по диагностике и лечению тиреотоксикоза с диффузным зобом (диффузный токсический зоб, болезнь Грейвса–Базедова), узловым/многоузловым зобом [10], Эндокринологического общества США (ЭО США) по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы во время беременности [11], Американской тиреоидной ассоциации (АТА) по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы во время беременности и в послеродовом периоде [12]. Указанные документы и стали объектом исследования. В перечисленных рекомендациях по целому ряду позиций делаются различные акцен-

ты, что может объясняться как недостаточной разработанностью данной темы, так и малым числом исследований с участием беременных [11]. Выбранные клинические рекомендации изучались с использованием контент-анализа, в частности анализировались их структура и содержание в 2 аспектах: диагностика и лечение.

В исследуемом информационном материале с точки зрения структуры были выделены 2 категории рекомендаций по уровню доказательности: строгие рекомендации (S, 1) с высокой (хорошей) доказательностью (уровень 1 или А) и слабые рекомендации (W, 2) с более слабой (умеренной, слабой/средней, плохой) доказательностью. Для оценки уровня и качества доказательности были использованы следующие 2 шкалы: GRADE и USPSTF (табл. 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования установили, что четкие разделы по диагностике и лечению субклинического гипотиреоза имеются только в рекомендациях ЕТА. Рекомендации АТА содержат следующие разделы: оценка функции щитовидной железы, беременность и гипотиреоз и др. В рекомендациях ЭО США представлен раздел «Лечение гипотиреоза: материнские и фетальные аспекты». Данные проведенной структуризации и результаты анализа содержания клинических рекомендаций разделены на 2 части: в области диагностики и в области лечения. В соответствии с выделенными в структурном плане по степени доказательности 2 группами клинических рекомендаций ниже приводится их характеристика.

Строгие рекомендации с высокой (хорошей) доказательностью. При формировании системы критериев исходили из того, что принципиальным различием анализируемых клинических рекомендаций является отношение к необходимости обязательной диагностики адекватного функционирования щитовидной железы на ранних сроках беременности. Только клинические рекомендации ЕТА устанавливают выявление заболеваний щитовидной железы в рамках скрининга на ранних стадиях беременности методом контроля уровня ТТГ и дальнейшего определения свободного Т4 и АТ-ТПО при повышенном ТТГ и действительно отвечают требованиям стро-

Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ШКАЛ ОЦЕНКИ УРОВНЯ СТРОГОСТИ И КАЧЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Европейская тиреоидная ассоциация	Эндокринологическое общество США	Американская тиреоидная ассоциация
GRADE	USPSTF	USPSTF

гих рекомендаций с высокой доказательностью. В рекомендациях ЭО США и АТА строгие указания на необходимость диагностики заболеваний щитовидной железы на ранних стадиях беременности отсутствуют, при этом даны рекомендации по подходам к диагностике. Анализируемые рекомендации (за исключением ЭО США) выдвигают единое требование: считать наиболее надежным тестом для оценки функций щитовидной железы на ранних стадиях беременности определение ТТГ. При этом отношение к интерпретации результатов свободного Т4 различны. ЕТА (в качестве рекомендаций с высоким уровнем доказательности) указывает на то, что показатели свободного Т4 и АТ-ТПО при повышенном ТТГ позволяют дифференцировать субклинический и явный гипотиреоз, а также выделяют изолированную гипотиреоксинемию и центральный гипотиреоз.

Кроме того, ЭО США не устанавливает строгих рекомендаций с хорошей доказательностью в части выбора метода диагностики функции щитовидной железы в период беременности. Недостаточно четко сформулирована рекомендация со средним уровнем доказательности низкого качества об осторожной интерпретации уровня свободного Т4 во время беременности. С другой стороны, позиция ЭО США по определению общего и свободного Т4 в целом совпадает с рекомендациями ЕТА, в которых отмечается возможность определения как общего, так и свободного Т4. Для оценки функции щитовидной железы во время беременности их рассматривают как рекомендации со слабой силой и средней доказательностью. Ни ЭО США, ни АТА не отмечают строгой необходимости определять уровень АТ-ТПО у беременных при повышенном ТТГ, хотя такие пациентки, естественно, упоминаются в рекомендациях [11, 12].

Строгие рекомендации АТА касаются оптимального метода определения уровня свободного Т4 во

время беременности: жидкостная хроматография – тандем масс-спектрометрия (LC/MS/MS). В других сравниваемых рекомендациях не высказывается отношение к лабораторным методам.

Результаты сравнительного анализа по выделенным критериям рекомендаций, включенных в группу строгих с высокой доказательностью, при диагностике заболеваний щитовидной железы на ранних стадиях беременности представлены в табл. 2.

Слабые рекомендации с более слабой (умеренной, слабой / средней, плохой) доказательностью. Во всех анализируемых документах рекомендации, связанные с референсными диапазонами, имеют среднюю или более низкую доказательность. Отмечается необходимость использования лабораториями триместр-специфических и/или метод-специфических референсных диапазонов для уровней ТТГ и/или свободного Т4 (как было указано выше, ЭО США рекомендует использование ТСД для определения только свободного Т4). ЕТА и АТА рекомендуют собственные референсные пределы при отсутствии в лаборатории триместр-специфических диапазонов ТТГ (см. табл. 2). ЭО США отмечает, что референсный диапазон для уровня общего Т4 (5–12 мкг/дл, или 50–150 нмоль/л) может быть адаптирован для 2-го и 3-го триместров, путем умножения его пограничных значений на 1,5. Данные анализа представлены в табл. 3.

Согласно обобщению результатов сравнительного анализа различных рекомендаций в области диагностики, обязательный скрининг функций щитовидной железы на ранних стадиях беременности предусмотрен только клиническими рекомендациями ЕТА. Нет ясности в причине отсутствия рекомендаций по своевременной диагностике заболеваний щитовидной железы у беременных в документах Российской Федерации. В то же время при незначительной выраженности начальных симптомов как в случае тиреотоксикоза, так и гипотиреоза, ранняя

Таблица 2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРОГИХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ С ВЫСОКОЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГИПОТИРЕОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Критерии	Клинические рекомендации			
	ФКР РФ	ЕТА	ЭО США	АТА
Обязательный скрининг функций щитовидной железы на ранних стадиях беременности		+	–	–
Оптимальный тест на функции щитовидной железы		ТТГ		ТТГ
Строгие рекомендации по информативности определения свободного Т4 при повышенном ТТГ	Рекомендации не установлены	+	–	–
Строгие рекомендации по определению АТ-ТПО при повышенном ТТГ		+	–	–
Рекомендации по аналитическим методам контроля		–	–	Определение свободного Т4

Примечание. + присутствуют; – отсутствуют; здесь и далее: ФКР РФ – Федеральные клинические рекомендации РФ.

диагностика без скрининговых исследований затруднительна [13].

Как показали результаты исследования, объективно роль субъектов фармацевтической помощи на этапе диагностики ограничена. В перспективе аптечные организации могут служить эффективным каналом повышения информированности населения в целом и адресного предоставления медицинской информации с учетом особенностей здоровья отдельных пациентов. Такая идеология предусмотрена основными принципами качественной фармацевтической помощи, определенными в руководстве (стандарте) по надлежащей аптечной практике (Good pharmacy practice – GPP), разработанном экспертами Всемирной организации здравоохранения и Международной фармацевтической ассоциации [14]. Стандарт предусматривает обязательную деятельность фармацевтических специалистов в области укрепления здоровья, включая предоставление населению достоверной и профессиональной информации.

При сравнительном анализе содержания клинических рекомендаций по лечению гипотиреоза у беременных (как и по диагностике) выделили 2 категории: строгие рекомендации с высокой (хорошей) доказательностью и слабые рекомендации с более слабой (умеренной, слабой/средней, плохой) доказательностью. Так как результаты фармакотерапии преимущественно определяет выбор релевантных методов лечения, в первую очередь были выделены и проанализированы строгие рекомендации с хорошей доказательностью.

Строгие рекомендации с высокой (хорошей) доказательностью. В эту категорию включены рекомендации, в которых главный акцент сделан на утвержде-

нии: «гипотиреоз во время беременности нужно лечить» [9, 11, 12]. В документах ЕТА и АТА рекомендуется строгое использование L-T4 при гипотиреозе во время беременности, при этом не следует назначать L-T3 и/или препараты экстрактов щитовидной железы.

Рекомендации ЕТА, АТА и ЭО США одинаковы в том случае, если пациентка с гипотиреозом уже получает заместительную терапию, то дозу L-T4 необходимо увеличить, при этом процент повышения различается. ЕТА советует увеличить дозу на 25–50%, ЭО США – «примерно на 30%», АТА – от 10–20 до 80% в зависимости от этиологии гипотиреоза и/или от уровня ТТГ до наступления беременности. Подбор дозы может быть различен: по рекомендации ЭО США доза L-T4 должна подбираться так, чтобы уровень ТТГ поддерживался ниже 2,5 мЕд/л в 1-м триместре или менее 3,0 мЕд/л – во 2-м и 3-м триместрах; АТА – во 2-м триместре придерживаться показателя менее 2,0 мЕд/л. ЕТА отмечает, что нормализовать уровень ТТГ необходимо в соответствии с триместр-специфическими референсными интервалами. АТА отмечает, что «в процессе лечения пациенток с адекватно компенсированным гипотиреозом нет необходимости проводить какие-либо другие исследования, если для них нет своих дополнительных показаний». В ходе исследования обобщили рекомендации данной группы, представленные в документах разных стран (табл. 4).

Слабые рекомендации с более слабой (умеренной, слабой / средней, плохой) доказательностью. Показатели включения в данную группу были сформированы, исходя из данных контент-анализа рекомендаций по подбору дозы препаратов. Если гипотиреоз диагно-

Таблица 3

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛАБЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ С УМЕРЕННОЙ ИЛИ СЛАБОЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГИПОТИРЕОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Критерий	Клинические рекомендации									
	ФКР РФ	ЕТА			ЭО США			АТА		
Использование триместр-специфических диапазонов	–	ТТГ, свободный Т4			Свободный Т4			ТТГ, свободный Т4		
Триместр-специфические диапазоны при отсутствии таковых в лаборатории для ТТГ, мЕд/л	–	1-й триместр	2-й триместр	3-й триместр	1-й триместр	2-й триместр	3-й триместр	1-й триместр	2-й триместр	3-й триместр
	–	До 2,5	До 3,0	До 3,5	–	–	–	0,1–2,5	0,2–3,0	0,3–3,0
Референсные диапазоны при отсутствии таковых в лаборатории для свободного Т4	–	–	–	–	–	5–12 мкг/л, или 50–150 нмоль/л, умножение пограничных значений на 1,5		–	–	–

стирован до беременности, ЭО США и АТА рекомендуют перед ее планированием подбор дозы L-T4 с целью поддержания уровня ТТГ менее 2,5 мЕд/л. ЕТА указывает, что при впервые выявленном гипотиреозе во время беременности следует назначать стартовую дозу L-T4 из расчета 1,2 мкг/кг в день. При субклиническом гипотиреозе доза L-T4 должна быть подобрана таким образом, чтобы уровень ТТГ был ниже 2,5 мЕд/л. ЭО США отмечает, что женщинам с признаками аутоиммунной патологии щитовидной железы без нарушения ее функции на ранних сроках беременности необходима динамическая оценка уровня ТТГ каждые 4–6 нед с целью раннего выявления гипотиреоза.

Манифестный (явный) гипотиреоз, как следует из ЕТА, неблагоприятно влияет на плод, в связи с чем его необходимо максимально избегать. АТА отмечает, что женщинам с субклиническим гипотиреозом и АТ-ТПО показана заместительная терапия L-T4. По рекомендации ЕТА уровень ТТГ необходимо контролировать каждые 4–6 нед в 1-м триместре и однократно во 2-м и 3-м триместрах. АТА, в свою очередь, рекомендует контролировать ТТГ 1 раз в 4 нед в первой половине беременности женщинам с гипотиреозом, получающим L-T4.

Согласно ЕТА и АТА, после родов следует вернуться к дозировке, которая была назначена до беременности. По мнению АТА, через 6 нед после родов необходимо оценить уровень ТТГ. В свою очередь ЕТА отмечает, что если гипотиреоз был диагностирован во время беременности и уровень ТТГ был меньше 5 мЕд/л, при отсутствии АТ-ТПО терапию L-T4 после родов можно отменить и оценить функцию щитовидной железы через 6 нед. По мнению ЕТА, у женщин с субклиническим гипотиреозом, выявленным во время беременности, через 6 мес и через 1 год после родов необходимо оценить функцию щитовидной железы для решения вопроса о необходимости продолжения заместительной терапии. Сравнитель-

ный анализ рекомендаций данной группы представлен в табл. 5.

Контент-анализ и сравнительная характеристика рекомендаций различных документов в отношении лечения гипотиреоза у беременных позволили сделать вывод: современным стандартом лечения гипотиреоза является заместительная терапия с применением различных дозировок L-T4. В данный момент на рынке представлены следующие дозировки L-T4: 25, 50, 75, 88, 100, 112, 125, 137, 150 мг. Поэтому главной задачей фармацевтической помощи является наличие в аптечных организациях лекарственного препарата L-T4, обеспечивающего эффективную заместительную терапию при гипотиреозе, в широком спектре дозировок с учетом ценовой доступности. Это требование обязывает аптеки оптимизировать ассортиментную политику на основе развития маркетинговой стратегии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Были изучены, проанализированы и структурированы по разработанным критериям имеющиеся клинические рекомендации ведущих эндокринологических организаций по диагностике и лечению гипотиреоза у беременных. В результате была подтверждена необходимость оптимизации фармацевтической помощи женщинам с патологией щитовидной железы на основе понимания значимости своевременной диагностики и знания специалистами схем и условий заместительной фармакотерапии, представленных в Федеральных клинических рекомендациях и рекомендациях ведущих эндокринологических организаций.

Сформированная информационно-методическая основа выявления особенностей фармацевтической помощи беременным женщинам с гипотиреозом отражает необходимость совершенствования ассортиментной политики аптечной организации в плане обеспечения физической и ценовой доступности

Таблица 4

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРОГИХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ С ВЫСОКОЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОТИРЕОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Критерии	Клинические рекомендации			
	ФКР РФ	ЕТА	ЭО США	АТА
Необходимость лечения гипотиреоза во время беременности	Рекомендации не представлены	+	+	+
Использование L-T4 для лечения гипотиреоза		+		+
Использование L-T3 для лечения гипотиреоза		+		+
Процент увеличения дозы L-T4, если пациентка получала L-T4 до беременности		25–50%	30%	От 10–20 до 80%
Уровень поддержания ТТГ во время беременности, мЕд/л		–	Менее 2,5 в 1-м триместре, менее 3,0 во 2-м и 3-м триместрах	Менее 2,0 во 2-м триместре

Таблица 5

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛАБЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ С УМЕРЕННОЙ ИЛИ СЛАБОЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОТИРЕОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Критерий	Клинические рекомендации			
	ФКР РФ	ЕТА	ЭО США	АТА
Поддержание уровня ТТГ с помощью L-T4 перед планированием беременности, если гипотиреоз был диагностирован до нее, мЕд/л	Рекомендации не представлены	Менее 2,5 при субклиническом гипотиреозе	Менее 2,5	Менее 2,5
Отношение к манифестному гипотиреозу		Необходимо максимально избегать	—	—
Лечение субклинического гипотиреоза		1,2 мкг/кг массы тела при впервые выявленном гипотиреозе	Индивидуально?	Индивидуально?
Контроль уровня ТТГ		Каждые 4–6 нед в 1-м триместре и однократно во 2-м и 3-м триместрах	—	1 раз в 4 нед в 1-й половине беременности пациенткам, получающим L-T4
Регулирование дозы L-T4 после родов		Вернуть дозировку, которая была до беременности	—	Вернуть дозировку, которая была до беременности
Оценка функции щитовидной железы после родов		Через 6 мес и через 1 год		

назначаемых лекарственных препаратов для заместительной терапии, а также повышения компетентности фармацевтических работников в пределах их специальности. Эта необходимость обусловлена рядом факторов. Во-первых, в ассортименте аптеки должны быть представлены необходимые для лечения гипотиреоза препараты в широком спектре дозировок и с учетом ценовой доступности. Во-вторых, фармацевтическому специалисту на этапе обращения беременной женщины в аптеку за препаратами для заместительной терапии гипотиреоза с целью исключения самолечения важно убедиться в том, что у пациентки диагностировано заболевание и сделаны соответствующие врачебные назначения, после чего следует грамотно смоделировать свои действия по обеспечению потребителя необходимыми препаратами и информацией.

В ходе проведенного исследования были определены перспективные направления оптимизации специализированной фармацевтической помощи такому особому контингенту потребителей, как беременные женщины с учетом современных тенденций и на перспективу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Autoimmune Thyroid Disease in Pregnancy: A Review Juan C. Galofre, M.D., Ph.D. 1,2 and Terry F. Davies, M.D. 12014.
2. Древаль А.В., Шестакова Т.П., Нечаева О.А. Особенности лечения заболеваний щитовидной железы у беременных. Лечащий врач, 2008; 10: 32–5.
3. Глембоцкая Г.Т., Захарова А.С. Обоснование необходимости и возможностей оптимизации фармацевтической помощи женщинам с патологией щитовидной железы. Фармация и фармакология, 2015; 4 (11): 37–42.

4. Коржавых Э.А., Овод А.И., Дремова Н.Б. Основы фармацевтической помощи в здравоохранении. Курск: КГМУ, 2009; 412.
5. Глембоцкая Г.Т., Маскаева А.Р. Интеграция деятельности провизора и врача в обеспечении эффективности и безопасности лекарственной терапии. Фарматека, 2001; 4: 24–31.
6. Козуб О.В., Глембоцкая Г.Т. Социологическая оценка индикаторов качества фармацевтической помощи пациентам с головной болью. Фармация, 2012; 2: 11–2.
7. Козуб О.В., Глембоцкая Г.Т. Выявление возможных барьеров современной и эффективной фармацевтической помощи пациентам с головной болью. Новая аптека: аптечный ассортимент: Журн. для руководителей и специалистов первого стола, 2012; 2: 18–21.
8. Глембоцкая Г.Т., Козуб О.В. Фармацевтическая помощь больным мигренью и головной болью напряжения: управление потребительской ценностью. Фармация, 2015; 7: 27–9.
9. Фадеев В.В. По материалам клинических рекомендаций Европейской тиреоидной ассоциации по диагностике и лечению субклинического гипотиреоза у беременных женщин и детей. Клин. и экспер. тиреологическая, 2014; 10 (3): 20–6.
10. Трошина Е.А., Свириденко Н.Ю., Ванушко В.Э. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению тиреотоксикоза с диффузным зобом (диффузный токсический зоб, болезнь Грейвса–Базедова), узловым/многоузловым зобом. М., 2014.
11. Фадеев В.В. По материалам клинических рекомендаций Эндокринологического общества США по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы во время беременности. Клин. и экспер. тиреологическая, 2012; 8 (4): 8–17.
12. Фадеев В.В. По материалам клинических рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы во время беременности и в послеродовом периоде Американской тиреоидной ассоциации. Клин. и экспер. тиреологическая, 2012; 8 (1): 7–18.
13. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. М.: Практика, 1998; 1180.
14. Корнюшин В.Ю. Стандарты надлежащей аптечной практики: мировой опыт, внедрение в России. Фарм. вест., 2011; 32.

Поступила 16 апреля 2016 г.

METHODOLOGICAL BASES FOR REVEALING THE SPECIFIC FEATURES OF PHARMACEUTICAL CARE TO PREGNANT WOMEN WITH HYPOTHYROIDISM

Professor G.T. Glembotskaya, PhD; A.S. Zakharova

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University; 8, Trubetskaya St., Build. 2, Moscow 119991, Russian Federation

SUMMARY

Background. Thyroid dysfunctions lead to pregnancy and labor complications and other gynecological problems in women.

Objective: to comparatively characterize clinical guidelines in order to form the methodological bases for revealing the specific features of pharmaceutical care to pregnant women with hypothyroidism.

Material and methods. The clinical guidelines of the American Thyroid Association, the USA Endocrine Society, the European Thyroid Association, and the Federal Clinical Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Thyroid Diseases in Pregnant Women were studied using a content analysis and a comparative analysis.

Results. The authors have formed main criteria that were used to comparatively characterize the documents analyzed. Recommendations for the treatment of hypothyroidism in pregnant women are presented in all the documents, but the emphases placed in them are rather widely differentiated. Replacement therapy using different L-T4 dosages is the current standard of treatment for hypothyroidism.

Conclusion. The methodological bases were formed to reveal the specific features of pharmaceutical care to pregnant women with hypothyroidism. The study results may be used by pharmacists, practitioners, and investigators in optimizing medical and pharmaceutical care to pregnant women with thyroid pathology.

Key words: clinical guidelines, pharmaceutical care, hypothyroidism, pregnancy.

REFERENCES

1. Autoimmune Thyroid Disease in Pregnancy: A Review Juan C. Galofre, M.D., Ph.D. 1.,2 and Terry F. Davies, M.D. 12014.
2. Dreval A.V., Shestakova T.P., Nechaeva O.A. Features of treatment of thyroid disease in pregnancy. *Lechshyi vrach*, 2008; 10: 32–5 (in Russian).
3. Glembotskaja G.T., Zacharova A.S. Justification and optimization capabilities of pharmaceutical care for women with thyroid disease. *Pharmacy and Pharmacology*, 2015; 4 (11): 37–42 (in Russian).
4. Korzhavykh E.A., Ovod A.I., Dremova N.B. Fundamentals of pharmaceutical care in health care. *Kurs: KGMU*, 2009; 412 (in Russian).
5. Glembotskaja G.T., Maskaeva A.R. The integration of the pharmacist and the doctor's activities in ensuring the effectiveness and safety of drug therapy. *Farmateka*, 2001; 4: 24–31 (in Russian).
6. Kozub O.V., Glembotskaja G.T. Sociological evaluation of pharmaceutical care quality indicators for patients with headache. *Farmatsiya*, 2012; 2: 11–2 (in Russian).
7. Kozub O.V., Glembotskaja G.T. Identification of possible barriers modern and effective pharmaceutical care to patients with headache. *Novajia apteka*, 2012; 2: 18–21 (in Russian).
8. Glembotskaja G.T., Kozub O.V. Pharmaceutical care to patients with migraine and tension-type headache: customer value management. *Farmatsiya*, 2015; 7: 27–9 (in Russian).
9. Fadeev V.V. According to the materials of clinical guidelines by the European Thyroid Association for the diagnosis and treatment of subclinical hypothyroidism in pregnant women and children. *Clinical and experimental thyroidologists*, 2014; 10 (3): 20–6 (in Russian).
10. Troshina E.A., Sviridenko N.Ju., Vanushko V.Э. et al. Federal guidelines for the diagnosis and treatment of hyperthyroidism with diffuse goiter (diffuse toxic goiter, Graves' disease, Graves), nodular/multinodular goiter. Moscow, 2014 (in Russian).
11. Fadeev V.V. According to the materials of clinical guidelines US Endocrinology Society for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy. *Clinical and experimental thyroidologists*, 2012; 8 (4): 8–17 (in Russian).
12. Fadeev V.V. According to the materials of clinical guidelines for the diagnosis and treatment of thyroid disease during pregnancy and in the postpartum period of the American Thyroid Association. *Klin. i eksper. tireoidologiya*, 2012; 8 (1): 7–18 (in Russian).
13. G. Merita. Directory general practitioner. Moscow: *Praktika*, 1998; 1180 (in Russian).
14. Kornushin V.Ju. The standards of good pharmacy practice: international experience, the introduction in Russia. *Farm. vest.*, 2011; 32 (in Russian).