

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Подготовила: студентка

лечебного факультета

5 курса 56 группы

Сысоева Екатерина Вячеславовна

Руководитель: к.м.н.

асс.кафедры эндокринологии

Моргунова Татьяна Борисовна

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1) Гиперстимуляция ЩЖ ХГ

- а) физиологическое снижение уровня ТТГ в первой половине беременности;
- б) повышение продукции тиреоидных гормонов;

2) увеличение продукции ТСГ в печени:

- а) повышение уровня общих фракций тиреоидных гормонов;
- б) увеличение общего содержания тиреоидных гормонов в организме беременной;

3) усиление экскреции йода с мочой и трансплацентарного переноса йода;

4) дейодирование тиреоидных гормонов в плаценте.

ЭМБРИОЛОГИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЛОДА

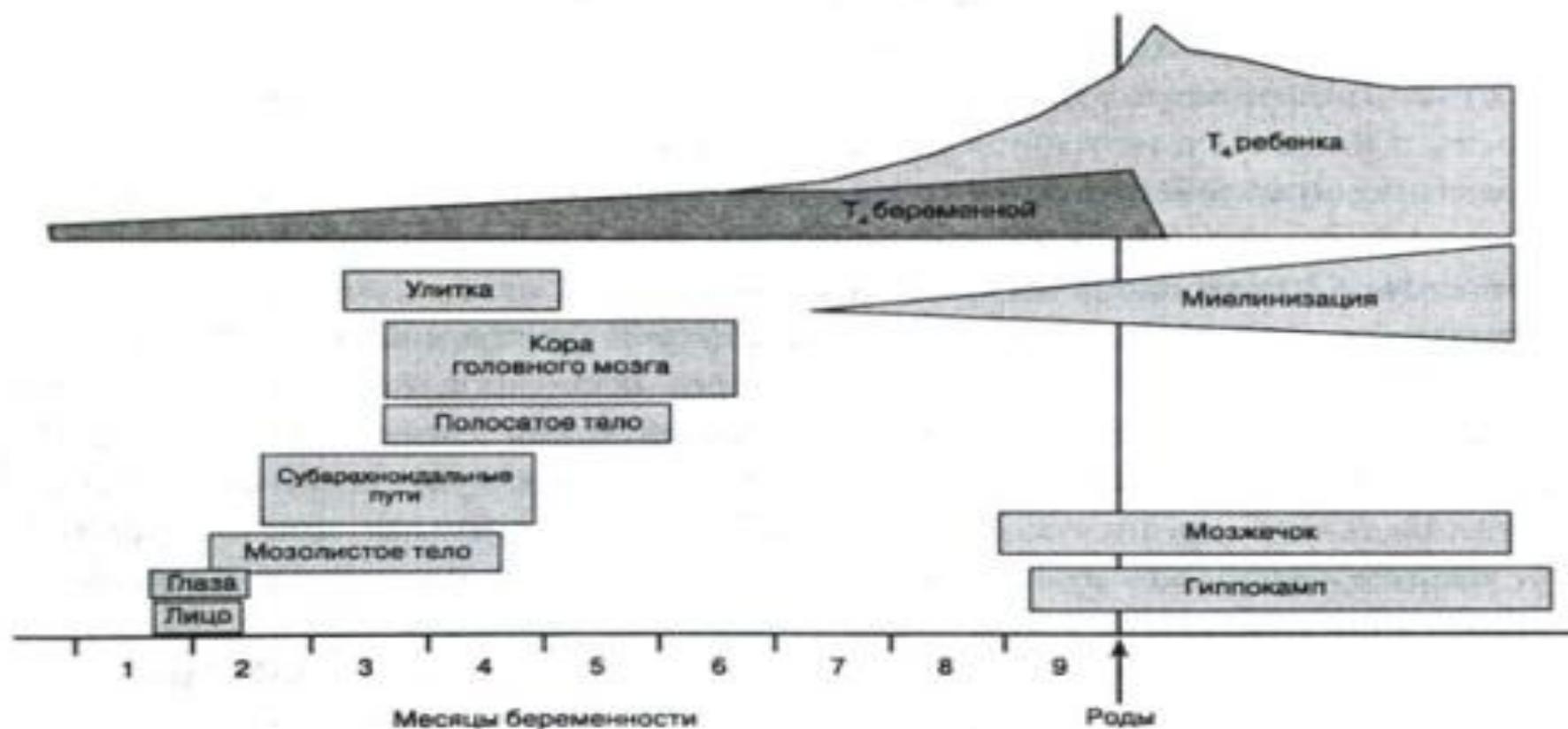
- Закладка ЩЖ происходит лишь на 3-4 недели эмбрионального развития
- Примерно в это же время из нервной пластинки происходит закладка центральной нервной системы (ЦНС) **которая не может адекватно развиваться без достаточного количества тиреоидных гормонов.**
- ЩЖ плода приобретает способность захватывать йод только с 10-12-й недели беременности, а синтезировать и секретировать тиреоидные гормоны начинает только с 15-й недели.



Фадеев В.В., Лесникова С.В., Мельниченко Г.А.
йодного дефицита // Пробл. эндокринологии. — 2010. — № 2.

емных женщин в условиях легкого





Схематическое соотношение функционирования ЩЖ беременной и плода, а также основных этапов развития нервной системы (по G. M. De Escobar).

Как следует из схемы, в первой половине беременности развитие ключевых структур нервной системы обеспечивается тиреоидными гормонами матери, тогда как ЩЖ плода начинает продуцировать более или менее достаточное количество тиреоидных гормонов только со второй половины беременности

СКРИНИНГ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ

- Следует заметить, что в настоящее время отсутствуют контролируемые исследования, которые свидетельствуют в пользу всеобщего скрининга, но большинство авторов рекомендаций высказались в его пользу.



ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) как правило, необходимо сочетанное определение уровня ТТГ и Т4св;
- 2) определение уровня общего Т4(Т3) и использование низкочувствительных методов определения уровня ТТГ во время беременности не информативно;
- 3) уровень ТТГ в первой половине беременности в норме понижен у 20-30% женщин;
- 4) уровни общих Т4 и Т3 в норме всегда повышены (примерно в 1,5 раза);
- 5) уровень Т4св в первом триместре несколько повышен примерно у 2% беременных и у 10% женщин с подавленным ТТГ;
- 6) на поздних сроках беременности в норме часто определяется низконормальный или даже погранично сниженный уровень Т4св при нормальном уровне ТТГ;
- 7) для мониторинга терапии патологии ЩЖ, как правило, используется сочетанное определение уровня Т4св и ТТГ, а в случае лечения у беременной тиреотоксикоза — одного только уровня Т4св.



БЕРЕМЕННОСТЬ И ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ



- Тяжелый йодный дефицит может приводить к грубейшим нарушениям психического и физического развития плода (неврологический и микседематозный кретинизм).
- Ежедневное потребление йода у беременных и кормящих женщин должно быть **не меньше 250 мкг**, но нежелательно, чтобы оно **превышало 500 мкг**
- Достаточное потребление йода обычно обеспечивается за счет его дополнительного приема в виде различных комплексных препаратов для беременных в дозе 150 мкг/день, в идеале до наступления зачатия
- Необходимо изучение эффективности и побочных эффектов йодной профилактики, в том числе в комбинации с L-T4, при субклиническом гипотиреозе у беременных женщин

ЛЕЧЕНИЕ ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ



Общие принципы лечения эутиреоидного зоба во время беременности



ГИПОТИРЕОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Субклинический гипотиреоз

Манифестный гипотиреоз

↑ ТТГ норма fT4

↑ ТТГ ↓ fT4

- Распространенность гипотиреоза среди беременных женщин составляет около 2%.

Симптомы гипотиреоза



Усталость



Ощущение холода



Проблемы с сердцем



Увеличение веса



Депрессия



Выпадение волос



Хриплый голос



Проблемы с кишечником



ЧЕМ ОПАСЕН ГИПОТИРЕОЗ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

- Гипотиреоз беременной в первую очередь опасен для развития центральной нервной системы плода.

Осложнения некомпенсированного гипотиреоза при беременности

Осложнение	Манифестный гипотиреоз(%)	Субк линческий гипотиреоз (%)
Гипертензия, преэклампсия	22	15
Отслойка плаценты	5	0
Низкий вес плода	16,6	8,7
Внутриутробная гибель	6,6	1,7
Пороки развития	3,3	0
Послеродовое кровотечение	6,6	3,5

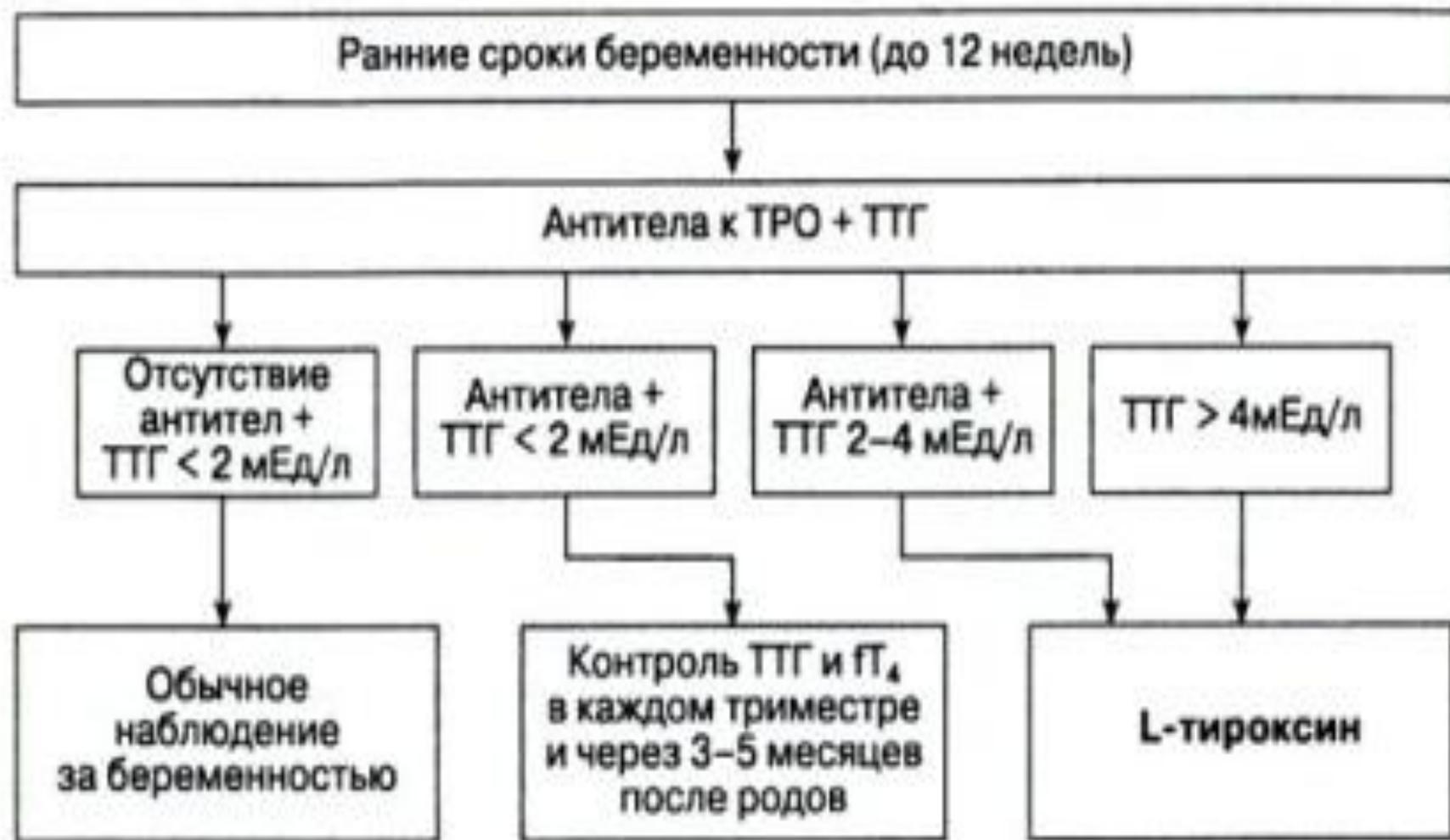
1	Компенсированный гипотиреоз не является противопоказанием для планирования беременности
2	Во время беременности происходит увеличение потребности в Т4 , что требует увеличения дозы L- Т4
3	Дозу L-Т4 необходимо увеличить на 25—50% в зависимости от этиологии гипотиреоза и уровня ТТГ до наступления беременности
4	Контроль ТТГ необходимо определять каждые 4—6 недель в первом триместре и однократно во втором и третьем триместре
5	Адекватной заместительной терапии соответствует ТТГ на уровне менее 2,5 мЕд/л
6	При гипотиреозе , впервые выявленном во время беременности, женщине сразу назначается полная заместительная доза L-Т4 (2,3мкг/кг веса), без ее постепенного увеличения принятого для лечения гипотиреоза вне беременности
7	Подходы к лечению манифестного и субклинического гипотиреоза во время беременности не отличаются
8	После родов L – Т 4 снижается до обычной заместительной (1,6-1,8 мг/кг тела)

АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ

- Является основной причиной спонтанного гипотиреоза
- Основную сложность создает выделение среди женщин, имеющих отдельные признаки АИТ, группы с максимальным риском развития гипотироксинемии.
- **Не всякое повышение уровня АТ-ТПО свидетельствует об АИТ и о существенном риске развития гипотироксинемии.**
- "Большими" диагностическими признаками, сочетание которых позволяет установить диагноз АИТ, являются:
 - 1) первичный гипотиреоз (манифестный или стойкий субклинический);
 - 2) наличие антител к ткани ЩЖ и ультразвуковые признаки аутоиммунной патологии.
- При отсутствии хотя бы одного из "больших" диагностических признаков диагноз АИТ носит лишь вероятностный характер.

ЧЕМ ОПАСЕН АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ?

- Гипотиреоз и аутоиммунные тиреопатии относительно часто встречаются среди молодых женщин.
- Субклинический, а зачастую манифестный гипотиреоз не имеет специфичных клинических проявлений.
- Повышенный риск акушерских осложнений при некомпенсированном гипотиреозе.
- Повышенный риск спонтанных абортс у женщин, имеющих высокие уровни АТ-ТПО
- Повышенный риск прогрессирования гипотиреоза во время беременности у женщин-носительниц АТ-ТПО.
- Повышенный риск развития послеродовых тиреопатий у женщин-носительниц АТ-ТПО



Скрининг гипотиреоза и носительства АТ-ТПО у беременных (по Glinoer D., 1998, в модификации)

ТИРЕОТОКСИКОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

- Развивается относительно редко. Его распространенность составляет 1-2 случая на 1000 беременностей
- Практически все случаи тиреотоксикоза у беременных женщин связаны с болезнью Грейвса (БГ).
- Наибольшее число диагностических ошибок связано с дифференциальной диагностикой болезни Грейвса и так называемого транзиторного гестационного гипертиреоза
- Последний не требует какого-либо лечения и постепенно, с увеличением срока беременности, проходит самостоятельно.



ЧЕМ ЖЕ ОПАСЕН НЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ?

Осложнения у матери	Осложнения у плода
Артериальная гипертензия	Внутриутробная задержка роста
Преэклампсия	Низкий вес плода
Отслойка плаценты	Мертворождение
Преждевременные роды	Пороки развития
Спонтанный аборт	Фетальный и неонатальный тиреотоксикоз
Анемия	
Сердечная недостаточность	
Тиреотоксический криз	



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Тиреотоксикоз беременных	ДТЗ (болезнь Грейвса)
Бессимптомное течение или симптомы, характерные для нормально протекающей беременности: сердцебиение, тошнота, слабость, рвота, вегетативные нарушения и т.д.	Выраженные симптомы тиреотоксикоза: стойкая тахикардия (в том числе в покое), высокое пульсовое давление, снижение массы тела или отсутствие прибавки массы тела соответственно сроку беременности
Нет предшествующих заболеваний ЩЖ	Предшествующие аутоиммунные заболевания ЩЖ
Эндокринная офтальмопатия отсутствует	Часто эндокринная офтальмопатия
Развивается в ранние сроки беременности	Резкое ухудшение течения заболевания в ранние сроки беременности
Титры антитиреоидных антител не повышены	Высокие титры АТ-ТПО и АТ-рТТГ
При УЗИ неизменная структура ЩЖ, нормальный или увеличенный объем ЩЖ (без структурных изменений, т.е. эутиреоидный зоб)	При УЗИ сниженная или повышенная эхогенность ткани ЩЖ, неоднородность структуры, часто увеличение объема ЩЖ
Небольшое повышение уровня свТ ₄ и понижение содержания ТТГ в сочетании со значительным повышением уровня ХГч в крови > 100 000 ЕД/л	Выраженное понижение уровня ТТГ, повышение содержания свободного Т ₄ при обычном для срока беременности уровне ХГч
Чаще встречается при многоплодной беременности или пузырном заносе	—
В динамике по мере увеличения срока беременности уровни ТТГ и свТ ₄ нормализуются	Уровень свТ ₄ по мере увеличения срока беременности остается значительно повышенным или прогрессивно повышается

Принципы лечения болезни Грейвса у беременных

1	Ежемесячное определение уровня Т4св.
2	Препаратом выбора считается пропилтиоурацил (ПТУ), но может использоваться и тиамазол в эквивалентной дозе
3	При тиреотоксикозе средней тяжести, впервые выявленном во время беременности, ПТУ назначается в дозе 200 мг в день на 4 приема
4	После снижения уровня fT4 до верхней границы нормы доза ПТУ сразу снижается до поддерживающей (25-50 мг/сут.)
5	Добиваться нормализации уровня ТТГ и часто исследовать его уровень нет необходимости
6	Назначение L-T4 (схема «блокируй и замещай»), приводящее к увеличению потребности в тиреостатике, во время беременности не показано
7	При чрезмерном снижении уровня fT4 (до нижнего диапазона нормы или ниже нормы) тиреостатик под ежемесячным контролем уровня fT4 временно отменяется и при необходимости назначается вновь;
8	С увеличением срока беременности закономерно происходит уменьшение тяжести тиреотоксикоза и снижение потребности в тиреостатике, и у большинства женщин в третьем триместре последний, руководствуясь уровнем fT4, необходимо полностью отменить;
9	после родов (через 2-3 месяца), как правило, развивается рецидив (утяжеление) тиреотоксикоза, требующий назначения (увеличения дозы) тиреостатика;

ПОСЛЕРОДОВОЙ ТИРЕОИДИТ

- Распространенность - 5-9% всех беременностей.
- Строгая ассоциация с носительством АТ-ТПО, но у 50% женщин с АТ-ТПО не развивается.
- При сахарном диабете 1-го типа и других аутоиммунных заболеваниях риск развития в 3 раза выше.
- Транзиторный тиреотоксикоз через 8-14 недель после родов, гипотиреоз в среднем на 19-й неделе после родов.
- Тиреотоксикоз имеет деструктивную природу (низкое накопление технеция при сцинтиграфии ЩЖ) и легкое, как правило, бессимптомное течение.
- Спонтанная и постепенная нормализация уровня тиреоидных гормонов в тиреотоксической фазе.
- Отсутствует повышение уровня антител к рецептору ТТГ.
- У 25-30% женщин развивается стойкий гипотиреоз.
- При следующей беременности риск развития - 70%.
- При выраженных симптомах тиреотоксической фазы назначаются β-адреноблокаторы.
- Тиреостатики не показаны.
- В гипотиреоидную фазу - заместительная терапия L-тироксином; через 12 месяцев L-тироксин отменяется и проводится исследование уровня ТТГ и fT4 для диагностики стойкого гипотиреоза или обнаружения восстановления функции ЩЖ.

ПЛАНИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Беременность без отлагательств (при отсутствии других противопоказаний) может планироваться:

- У женщин с компенсированным первичным гипотиреозом, развившимся в исходе АИТ или хирургического лечения неопухолевых заболеваний ЩЖ.
- У пациенток с различными формами эутиреоидного зоба (узловой, многоузловой, смешанный), когда отсутствуют прямые показания для оперативного лечения (значительный размер узлового зоба, компрессионный синдром).
- У женщин, у которых выявляется носительство антител к ЩЖ при отсутствии нарушения ее функции.

Пациенток с тиреотоксикозом (учитывая возраст, чаще всего речь идет о болезни Грейвса) необходимо информировать о необходимости надежной контрацепции до полного излечения заболевания



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !

