

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Выполнила: Баатырбекова Ж. ЛД-10-11

Проверила: Асымбекова А.Ш.

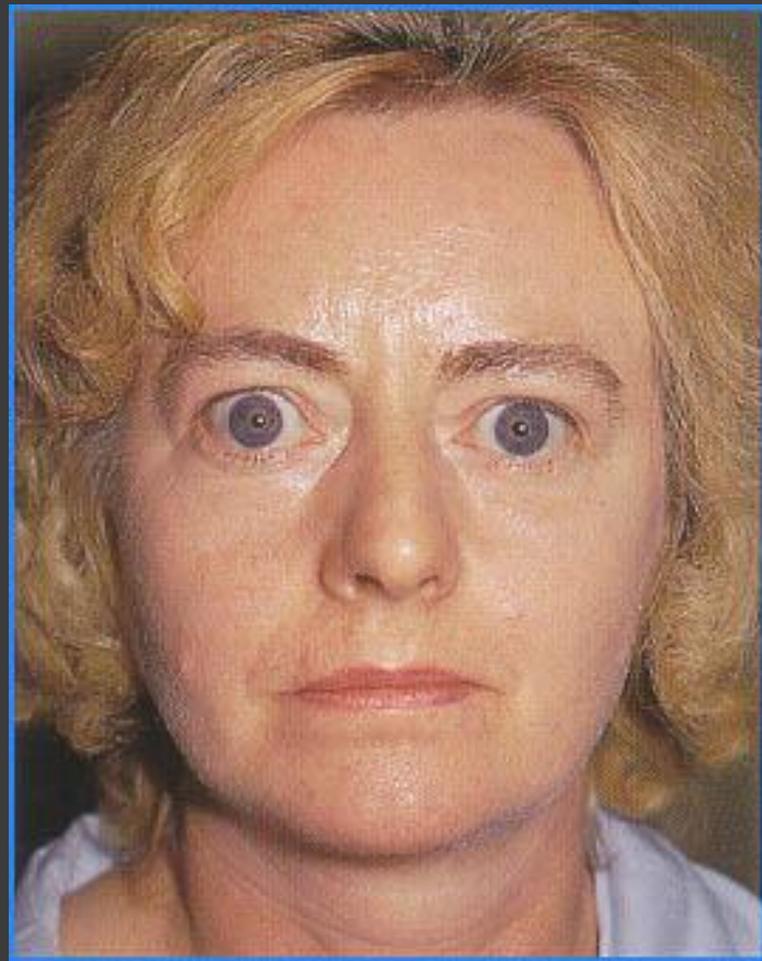
С первых недель беременности на щитовидную железу женщины воздействует множество факторов, большая часть которых прямо или косвенно ее стимулирует. В этот период у плода еще не функционирует своя щитовидная железа, а весь эмбриогенез обеспечивается тиреоидными гормонами матери. В целом продукция тиреоидных гормонов во время беременности в норме увеличивается на 30—50%.

Физиологические изменения функционирования щитовидной железы во время беременности

- Гиперстимуляция щитовидной железы хорионическим гонадотропином:
 - физиологическое снижение уровня ТТГ в первой половине беременности;
 - повышение продукции тиреоидных гормонов.
- Увеличение продукции ТСГ в печени под воздействием эстрогенов:
 - повышение уровня общих фракций тиреоидных гормонов;
 - увеличение общего содержания тиреоидных гормонов в организме беременной.
- Усиление экскреции йода с мочой и трансплацентарного переноса йода.
- Дейодирование тиреоидных гормонов в плаценте.
- Снижение уровня антитиреоидных антител.

Тиреотоксикоз

- ⦿ Тиреотоксикоз – это заболевание щитовидной железы, вызванное повышенной интенсивностью выработки тиреоидных гормонов.
- ⦿ Тиреотоксикоз встречается в 1—2 случаях на 1000 беременных.



Причины развития тиреотоксикоза

- Самая частая причина тиреотоксикоза при беременности – ДТЗ. Однако, в первом триместре беременности необходимо дифференцировать ДТЗ с транзиторным гестационным тиреотоксикозом (ТГТ), так как лечебная тактика при этих состояниях различна.
- ТГТ — доброкачественное состояние, не представляющее угрозы для беременной и плода, которое развивается вследствие стимулирующего влияния хорионического гонадотропина. Это состояние не требует лечения и разрешается обычно самостоятельно.

Диффузный токсический зоб (базедова болезнь, б-нь Грейвса)

- ⦿ В I триместре ХГ действует как аналог ТТГ → Небольшое повышение уровня свободных Т3 и Т4 → снижение ТТГ → клиника тиреотоксикоза, синдром гестационного транзиторного тиреотоксикоза (ГТТ), сопровождается неукротимой рвотой → разрешается ко II триместру → →

Клиника тиреотоксикоза

- Обычно больные жалуются на сердцебиение (на ЭКГ синусовая тахикардия, повышенный вольтаж, увеличение систолических показателей), утомляемость, нервозность, нарушение сна, чувство жара, повышенное потоотделение, тремор рук, экзофтальм, увеличение щитовидной железы, субфебрилитет.
- В первой половине беременности у всех женщин отмечается обострение заболевания, во второй половине у части больных с легкой степенью тиреотоксикоза наступает улучшение. Но может наступить сердечно-сосудистая декомпенсация: тахикардия до 120-140 ударов в минуту, нарушение ритма по типу мерцательной аритмии, тахипное.

Дифференциальная диагностика

	ДТЗ	ТГТ
Клиническая картина	Выраженные симптомы тиреотоксикоза, эндокринная офтальмопатия в 50% случаев	Симптомы либо вообще отсутствуют, либо они неспецифичны (сердцебиение, общая слабость, тошнота и т. д), никогда не бывает ЭОП
Лабораторное исследование	Выраженное ↑ сТ4 и сТ3 и ↓ ТТГ вплоть до 0	ТТГ ↓, но не до 0, сТ4 ↑ умеренно
	В 75% случаев ↑ АТ-ТПО, в 90% - АТ-рТТГ	Носительство АТ-ТПО среди здоровых беременных – до 10%
	Стойкое ↑ сТ4 и ↓ ТТГ	Постепенная нормализация сТ4 и ТТГ
УЗИ	Объем ↑ в 70% случаев, диффузная гипоэхогенность	Без изменений, но эутиреоидный зоб в регионах умеренного йодного дефицита встречается у 15-20% беременных

Тиреотоксический криз

- ⦿ После психического стресса, операции, травмы, инфекции, родов
- ⦿ Возбуждение, дезориентация, гипертермия, АГ, желтуха, аритмии, влажность кожи, остро возникший экзофтальм, сердечная недостаточность

Течение заболевания

- При легкой форме болезни состояние со второй половины беременности обычно улучшается, зоб становится эутиреоидным (повышается гормонсвязывающая способность крови)
- При средней форме у большинства с 28-30 нед. Развиваются явления сердечной недостаточности

Диагностика

- ⦿ ↑ уровня свободных Т3 и Т4 при ↓ТТГ
- ⦿ ↑ содержание белковосвязанного йода (N 394-709 нмоль/л)
- ⦿ Повышение уровня основного обмена более 25%
- ⦿ АТ к тиреоглобулину
- ⦿ УЗИ

Осложнения тиреотоксикоза

- ⊙ Угроза прерывания беременности (до 50% случаев), особенно в ранние сроки из-за нарушения процессов имплантации и плацентации.
- ⊙ Ранний токсикоз беременных – его развитие совпадает с обострением тиреотоксикоза, протекает тяжело и плохо поддается лечению (является причиной прерывания беременности).
- ⊙ Поздние гестозы – возникают реже, доминирующим симптомом является *гипертензия*; течение очень тяжелое и плохо поддается лечению.
- ⊙ В родах может часто возникать декомпенсация ССС, а в послеродовом и раннем послеродовом периодах - кровотечения.
- ⊙ В послеродовом периоде также часто наблюдается обострение тиреотоксикоза - сердцебиение, слабость, общий тремор, усиление потоотделения.

Лечение тиреотоксикоза

- Препарат выбора у беременных – Пропицил.
- Резкое обострение в послеродовом периоде тиреотоксикоза требует:
 - 1) лечения мерказалилом - он проходит через молоко к плоду и отрицательно влияет на его щитовидную железу
 - 2) подавление лактации.
- При ДТЗ легкой степени только в 50-60% можно получить достаточный терапевтический эффект от применения йодистых препаратов на фоне диеты, богатой витаминами, и седативных средств (валериана, пустырник).
- Производить операцию во время беременности необходимо в срок 14 недель, так как ранее производство операции увеличивает частоту прерывания беременности.

Правила тиреостатической терапии:

- 1) Нельзя использовать высокие дозы препаратов: максимальной разрешенной дозой тиамазола (Мерказолил, Тирозол) является 20 мг в сутки, а пропилтиоурацила (Пропицил) 100 мг 3 раза в сутки.
- 2) При снижении уровня свободного Т4 необходимо уменьшать дозу тиреостатиков под контролем уровня свободного Т4, иногда вплоть до полной отмены во избежание развития гипотироксинемии.
- 3) У беременных с тиреотоксикозом никогда не применяется схема «блокируй и замещай», так как при этом используются большие дозы тиреостатиков и возрастает опасность блокирования щитовидной железы плода.

Тактика акушера-гинеколога и эндокринолога

- Госпитализация в ранние сроки до 12 недель для обследования и решения вопроса о вынашивании беременности;
- Беременность противопоказана при средней тяжести течения диффузного зоба и узловго зоба, если женщина не намерена оперироваться в срок 14 недель;
- Постоянное наблюдение акушер-гинеколога и эндокринолога;
- При развитии осложнений – госпитализация;
- Роды в специализированном роддоме под контролем за ССС и кардиотропной терапией, профилактикой кровотечений в последовом и послеродовом периодах;
- Дети передаются под наблюдение педиатра-эндокринолога.

Спасибо за внимание!

