ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Лектор :

ЯНГОЛЕНКО ВЕРА ВАСИЛЬЕВНА

Доцент кафедры внутренних болезней ВГМУ,

Кандидат медицинских наук

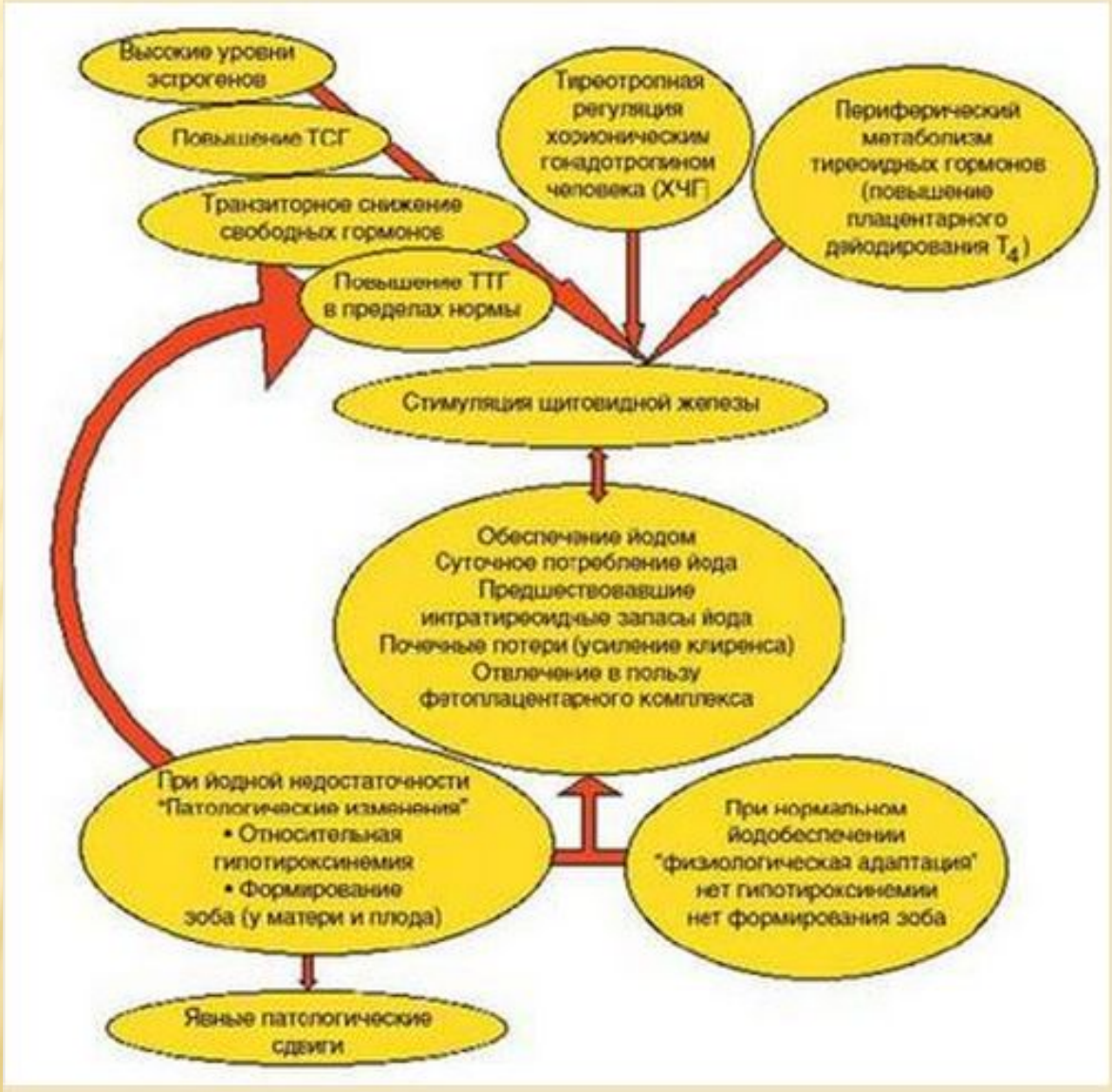
Особенности тиреоидной патологии

- Развитие патологии щитовидной железы часто протекает медленно и незаметно
- Заболевание щитовидной железы может потенциально приниматься за другое заболевание или состояние
- Нарушения функции щитовидной железы, включая субклинические формы, отражается на функционировании практически всех органов и систем

ИЗМЕНЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕЁ ФУНКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- увеличение ЩЖ в размере на 10% в йодобеспеченных странах и на 20% -40% в регионах с йодным дефицитом.
- Продукция Т4 и Т3 увеличивается на 50%, как и ежедневная потребность в йоде.
- У женщин, испытывающих дефицит поступления йода, эти физиологические изменения могут привести к развитию гипотиреоза на поздних сроках беременности, несмотря на нормальную функцию щитовидной железы в первом триместре гестации.
- Во время беременности отмечается ТТГ под влиянием плацентарного хорионического гонадотропина человека (ч-ХГЧ) ниже референтного интервала для общей популяции.
- В первом триместре уровень ТТГ составляет 0,1 - 2,5 мМЕ /л, во втором — 0,2 - 3,0 мМЕ/л и в третьем — 0,3 - 3,0 мМЕ/л.

ис. 1. Стимулирующие ЩЖ факторы в период беременности
Thyroid today 1995, N3).



АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

АУОИММУННЫЙ ТИРЕОДИТ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

- Первичный гипотиреоз (манифестный или стойкий субклинический);
- Наличие антител к ткани щитовидной железы;
- УЗ-признаки аутоиммунной патологии (диффузное снижение эхогенности ткани щитовидной железы).

- При АИТ беременность не противопоказана при нормальной функции ЩЖ и при компенсированном гипотиреозе.
- Уровень ТТГ при планировании беременности д.б. не более 2,0 мЕД/л.
- Контроль уровня ТТГ и свТ4 каждые 8 недель.
- При гипотиреозе назначается заместительная терапия левотироксином. Принципы назначения левотироксина идентичны принципам лечения гипотиреоза.

ИЗОЛИРОВАННОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АТ-ТПО БЕЗ ДРУГИХ ПРИЗНАКОВ АИТ

- не является противопоказанием к беременности
- Материнские АТ-ТПО могут вызывать врожденный гипотиреоз у плода, в связи с чем необходим контроль за плодом во время беременности и после родов.
- повышенный титр АТ-ТПО является фактором риска самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках, что требует более тщательного наблюдения за течением беременности и состоянием плода.
- контроль уровня ТТГ каждом триместре беременности в связи с риском развития гипотиреоза

ТИРЕОТОКСИКОЗ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

ТИРЕОТОКСИКОЗ - КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ИЗБЫТКОМ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ В ОРГАНИЗМЕ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Частота нарушений менструального цикла у больных с тиреотоксикозом в 2,5 раза выше, чем в общей популяции женщин репродуктивного возраста и составляет 21,5-60%.

Клиническая картина – факультативный критерий диагностики нарушений функции щитовидной железы

Манифестный тиреотоксикоз	**ТТГ↓ Т4↑**
Субклинический тиреотоксикоз	**ТТГ↓ Т4 и Т3 - норма**
ЭУТИРЕОЗ	**ТТГ и Т4 - норма**
Субклинический гипотиреоз	**ТТГ↑ Т4 - норма**
Манифестный гипотиреоз	**ТТГ↑ и Т4↓**

Репродуктивная система при гипертиреозе

↑ синтеза ПССГ

↓ скорости метаболического клиренса тестостерона

↑ общ. тестостерон, ↓ св. тестостерон

↑ андростендион

↓ ФСГ

↑ эстрон, эстрадиол

↓ прогестерон

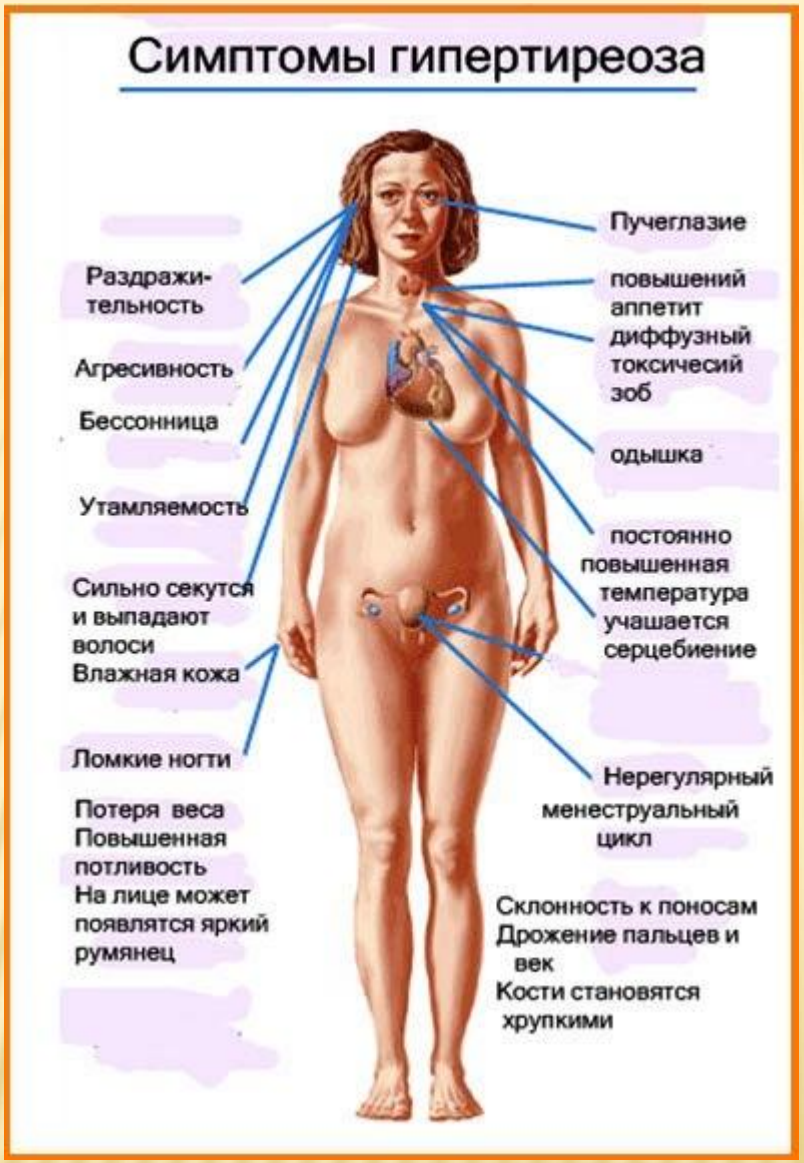
↑ ЛГ

Олигоменорея, полименорея, ДМК, гиперпластические процессы эндометрия

ЭТИОЛОГИЯ ТИРЕОТОКСИКОЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- бывает редко – у 0,1–0,2% беременных.
- Основная причина – болезнь Грейвса-Базедова.
- узловой и многоузловой токсический зоб
- пузырный занос
- Хориокарцинома
- тератома яичника.

- Беременность у женщины с некомпенсированным тиреотоксикозом сопряжена с высоким риском осложнений как для организма женщины, так и благополучного исхода беременности и внутриутробного развития плода.
- Беременность должна быть запланированной.
- Необходимо использовать контрацепцию до момента излечения или наступления стойкой ремиссии


Симптомы гипертиреоза
Пучеглазие
Раздражи-
тельность
повышений
аппетит
диффузный
токсичесий
зоб
Агресивность
Бессонница
одышка
Утамляемость
постоянно
повышенная
температура
учашается
серцебиение
Сильно секутся
и выпадают
волоси
Влажная кожа
Ломкие ногти
Нерегулярный
менеструальный
цикл
Потеря веса
Повышенная
потливость
На лице может
появлятся яркий
румянец
Склонность к поносам
Дрожение пальцев и
век
Кости становятся
хрупкими

НЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ У БЕРЕМЕННОЙ МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ:

- пороки развития плода
- выкидыши на ранних сроках и преждевременные роды
- рождение ребенка с дефицитом массы тела
- неонатальный тиреотоксикоз в течение 2–3 месяцев после рождения (тахикардия, задержка роста, увеличение костного возраста, зоб и т.д.), требующий назначения тиреостатиков.
- АТрТТГ свободно проникают через плаценту и могут вызывать стимуляцию ЩЖ плода и внутриутробный тиреотоксикоз даже на фоне излеченного тиреотоксикоза у матери (тиреоидэктомия до или во время беременности, лечение радиоактивным йодом до беременности).
- Тиреостатическая терапия у беременной может вызвать гипотиреоз и развитие зоба у плода.
- В послеродовом периоде обычно наблюдается прогрессирование тиреотоксикоза.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ

ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ГЕСТАЦИОННОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА:

- тахикардия, общая слабость, нервозность , потливость слабо выражены
- М.б.рвота беременных;
- уровень ТТГ 0,1–0,4 мЕд/л;
- отсутствуют АТрТТГ и признаки аутоиммунной офтальмопатии;
- – обычно не требует лечения;
- при выраженном повышении уровня свТ4 и снижении ТТГ < 0,1 мЕд/л в сочетании с выраженными симптомами тиреотоксикоза может потребоваться тиреостатическая терапия.

БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА-БАЗЕДОВА И БЕРЕМЕННОСТЬ

ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ

- тахикардия, высокое пульсовое давление, потливость, раздражительность
- возможно сочетание с аутоиммуннной офтальмопатией
- отсутствие прибавки веса по срокам беременности при сохраненном аппетите
- ↓ ТТГ ,↑свТ3 и свТ4, ↑ АТрТТГ.
- УЗИ ЩЖ: увеличение объема ЩЖ и диффузное снижение эхогенности.
- Проведение сцинтиграфии ЩЖ во время беременности противопоказано.

РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА-БАЗЕДОВА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ТРЕБУЕТ ЕЕ ПРЕРЫВАНИЯ

ЛЕЧЕНИЕ

- Препаратом выбора, особенно в первом триместре, следует считать пропилтиоурацил (ПТУ), так как его проникающая способность через плаценту, а в последующем и с материнским молоком, наименьшая. Суточная доза ПТУ не должна превышать 200мг.
- При отсутствии ПТУ или при его непереносимости может назначаться тиамазол- 20 мг/ сутки .
- Целевая терапия: свТ4 на верхней границе нормы или легкого тиреотоксикоза при минимальных дозах тиреостатиков. Уровень ТТГ значения не имеет.
- Не рекомендуется схема «блокируй и замещай» с одновременным использованием тиреостатика и левотироксина, так как она требует дополнительного увеличения дозы тиреостатика.
- Тиреостатические препараты обладают способностью проникать через плаценту и оказывать воздействие на ЩЖ плода. Необходимо проведение УЗИ плода с целью выявления признаков нарушения функции ЩЖ (задержка роста, отёчность, зоб, сердечная недостаточность)
- Грудное вскармливание ребенка безопасно при малых дозах тиреостатиков у матери (до 100 мг ПТУ в сутки).

ПОКАЗАНИЯ К ТИРЕОИДЭКТОМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА-БАЗЕДОВА:

- Побочные реакции тиреостатической терапии: лейкопения, аллергия, высокие дозы препаратов
- Тиреоидэктомия проводится во 2-м триместре беременности с последующей заместительной терапией левотироксином в полной дозе из расчета 2,0-2,3 мкг/кг/сут.
- Радиойодтерапия противопоказана во время беременности и в период грудного вскармливания.

ПЛАНИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ И ГИПОТИРЕОЗЕ

ЖЕЛАТЕЛЬНО РАДИКАЛЬНОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ ТИРЕОТОКСИКОЗА :

- тотальная тиреоидэктомия с последующим назначением заместительной терапии левотироксином.
- после окончания курса радиойодтерапии беременность можно планировать не ранее чем через 1 год
- Беременность ведется как у женщин с гипотиреозом;

Гипотиреоз – это клинический синдром, обусловленный стойким дефицитом тиреоидных гормонов в организме

ГИПОТИРЕОЗ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Распространенность гипотиреоза среди беременных 2-2,5%
- среди женщин репродуктивного возраста – 2-5%
- среди женщин, страдающих бесплодием – от 2 до 25-30%
- частота нарушений менструального цикла в 3 раза выше (23,4-70%)

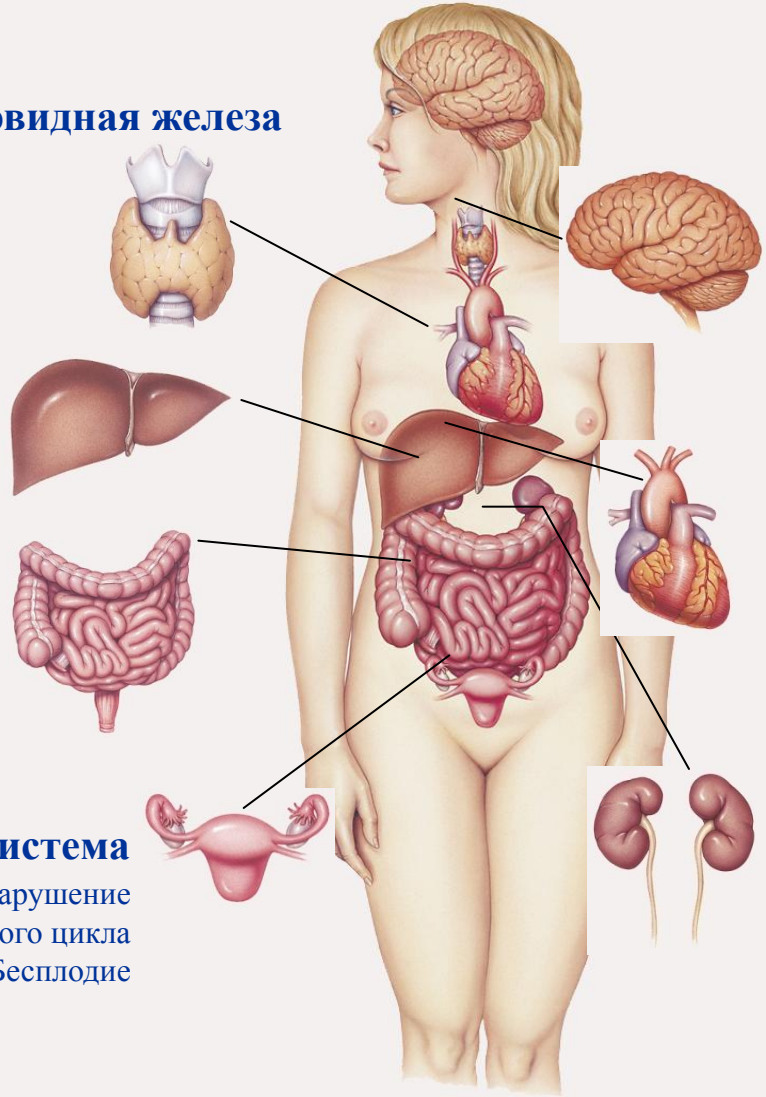
НЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ У БЕРЕМЕННЫХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РИСКОМ ОСЛОЖНЕНИЙ:

- Преэклампсия
- Отслойка плаценты
- возрастание риска выкидышей и преждевременных родов
- рождение детей с низкой массой тела
- неблагоприятное воздействие на нейрокогнитивное развитие плода.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПОТИРЕОЗА

- Первичный (тиреогенный):АИТ, послеоперационный, после радиойодтерапии)
- Вторичный (гипофизарный)
- Третичный (гипоталамический)

Симптомы и проявления гипотиреоза



Щитовидная железа

Мозг

Депрессия
Снижение концентрации внимания
Общее снижение интереса
Дефекты умственного развития плода

Печень

Повышенный уровень LDL, холестерина и триглицеридов

Сердце

Снижение ЧСС
Диастолическая гипертензия
Диастолическая дисфункция

Кишечник

Запор
Дискинезия кишечника и желчных путей

Почки

Снижение скорости клубочковой фильтрации, задержка жидкости, отеки

Репродуктивная система

Нарушение менструального цикла
Бесплодие

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- **Субклинический** - ↑ ТТГ , св. Т4 - N, бессимптомное течение
- **Манифестный** (явный) - ↑ ТТГ, ↓ св. Т4; характерные симптомы гипотиреоза
- **Осложненный** - полисерозит, сердечная недостаточность, кретинизм, микседематозная кома и др.

ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ПОВЫШЕНИЯ МАТЕРИНСКОГО ТТГ, НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ СВ.Т4, ЧТОБЫ КЛАССИФИЦИРОВАТЬ СТАТУС ПАЦИЕНТКИ

- Манифестный гипотиреоз диагностируется при повышении уровня ТТГ выше 2,5 мМЕ/л в первом триместре гестации и выше 3 мМЕ/л во втором и третьем триместрах при сниженном уровне св.Т4.
- У женщин, имеющих уровень ТТГ превышающий 10,0 мМЕ/л, независимо от содержания св.Т4, так же устанавливается диагноз манифестного гипотиреоза.
- ***Субклинический гипотиреоз*** диагностируется, если уровень ТТГ находится в пределах 2,5 - 10,0 мМЕ/л при нормальном содержании св.Т4.
- ***Изолированная гипотироксинемия*** (транзиторная гестационная гипотироксинемия) диагностируется при нормальном уровне материнского ТТГ в сочетании с уровнем св.Т4, лежащего ниже 5-10 перцентили референтного интервала.
- После уточнения функции щитовидной железы, 0,3% - 0,5% из них будут отнесены в группу манифестного гипотиреоза и 2% -2,5% иметь субклинический гипотиреоз.

КОМПЕНСИРОВАННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

- Оптимальный уровень ТТГ для планирования беременности у женщины с гипотиреозом составляет 0,4–2,0 мЕД/л.
- Заместительная терапия проводится препаратом левотироксина в дозе 1,0–1,6–1,8 мкг/кг/сут.
- Контроль уровня ТТГ и свТ4 проводят каждые 8 недель. Оптимальным является уровень ТТТ ниже 2,0 мЕД/л и высоконормальные показатели свТ4.
- Профилактический прием препаратов йода в предгравидарный период не требуется.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ТТГ НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО В СЛЕДУЮЩИХ ГРУППАХ ЖЕНЩИН С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ГИПОТИРЕОЗА:

- заболевания ЩЖ в анамнезе включая операции на ЩЖ
- возраст старше 30 лет
- симптомы нарушения функции ЩЖ или наличие зоба
- носительство АТ-ТПО
- Диабет 1 типа или другие аутоиммунные заболевания
- Выкидыши или преждевременные роды в анамнезе
- Облучение головы и шеи в анамнезе
- Семейный анамнез нарушения функции ЩЖ
- Морбидное ожирение (ИМТ > 40 кг/м2)
- Прием амиодарона, лития или недавнее назначение йодсодержащих контрастных средств
- Бесплодие
- Проживание в регионах тяжелого и средней тяжести йодного дефицита

Рекомендации ATA, 2011((American Thyroid Association, ATA, Американской Тиреидологической Ассоциации),

ЛЕЧЕНИЕ ГИПОТИРЕОЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

ЛЕЧЕНИЕ ГИПОТИРЕОЗА ДО БЕРЕМЕННОСТИ:

- - всем женщинам детородного возраста целесообразно определять уровень ТТГ с целью уточнения функции щитовидной железы, а так же определяются титры АТ к ТПО;
- - при нормальном уровне ТТГ и титрах АТ к ТПО более 100 МЕ/мл не является показанием к назначению препаратов левотироксина натрия;
- - при уровне ТТГ выше референтного интервала и титрах АТ к ТПО выше 100 МЕ/мл целесообразно определение св.Т4 — при снижении его концентрации диагностируется манифестный гипотиреоз, тактика ведения традиционная;
- при уровне ТТГ выше референтного интервала и титрах АТ к ТПО более 100 МЕ/мл целесообразно определение св.Т4 - при нормальной его концентрации диагностируется субклинический гипотиреоз и левотироксин натрия не назначается.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПОТИРЕОЗА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ:

- - целевой уровень ТТГ при планировании беременности — 2,5 мМЕ/л и ниже,
- поэтому всем женщинам с гипотиреозом, получающим заместительную терапию левотироксином натрия, доза препарата должна быть скорректирована соответствующим образом,
- при выявлении субклинического гипотиреоза назначается левотироксин натрия в дозе 25 - 50 мкг/сут. до достижения целевого значения ТТГ (до2,5мМЕ/л);
- за 3 - 6 месяцев до планируемой беременности необходимо начать прием калия йодида в дозе 200 мкг/сут.;

ЛЕЧЕНИЕ ГИПОТИРЕОЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

- Продолжается прием калия йодида 200 - 250 мкг/сут.;
- Пациенткам с уже установленным диагнозом гипотиреоза при наступлении беременности необходимо сразу увеличить дозу левотироксина натрия на 25 - 30%, что осуществляется путем возрастания количества таблеток в неделю до 9 (возрастание дозы до 29%);
- Женщинам с впервые выявленным во время беременности манифестным гипотиреозом или субклиническим гипотиреозом с повышенным титром АТкТПО необходимо назначить лечение левотироксином натрия под контролем ТТГ (целевой уровень менее 2,5 мМЕ/л в первом триместре и менее 3 мМЕ/л во втором и третьем триместрах гестации) и св.Т4 (в пределах референтного интервала). Расчетная суточная доза препарата — 2,3 мкг/кг/сут.;
- При изолированной гипотироксинемии (транзиторная гестационная гипотироксинемия) — если уровень св.Т4 находится на нижней границе нормы, медикаментозная терапия не проводится, но осуществляется контроль св.Т4 каждые 4 недели гестации.
- Таким образом, во время беременности контроль уров¬ня ТТГ и св.Т4 необходимо осуществлять каждые 4 недели до 16 - 20 недель и далее в 26 и 32 недели гестации.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПОТИРЕОЗА ПОСЛЕ РОДОВ

- - доза левотироксина натрия после родов возвращается к таковой, которая имелась до беременности с обязательным контролем уровня ТТГ, св.Т4 через 6 недель, 6 и 12 месяцев после родов;
- прием калия йодида продолжается весь период лактации в суточной дозе 250 - 300 мкг.

ГИПОТИРЕОЗ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕПАРАТЫ ЙОДА

- прием препаратов йода обязателен в дозе 250 мкг/сут для обеспечения субстрата для синтеза тиреоидных гормонов ЩЖ плода
- После родов возвращаются к дозе левотироксина, которую получала женщина до беременности, с обязательным контролем уровней ТТГ и свТ4 в динамике.
- В период грудного вскармливания препараты йода показаны в дозировке 250 мкг/сут

ЙОДНЫЙ ДЕФИЦИТ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

ЭУТИРЕОИДНЫЙ ЗОБ

- Самая частая патология щитовидной железы
- распространенность 20% и более)
- Пальпация (объем более 18 мл)
- УЗИ
- Тонкоигольная пункционная биопсия
- Сцинтиграфия

УВЕЛИЧЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, НЕ ВЫЗВАННОЕ ВОСПАЛЕНИЕМ ИЛИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ НАЗЫВАЕТСЯ ЗОБОМ

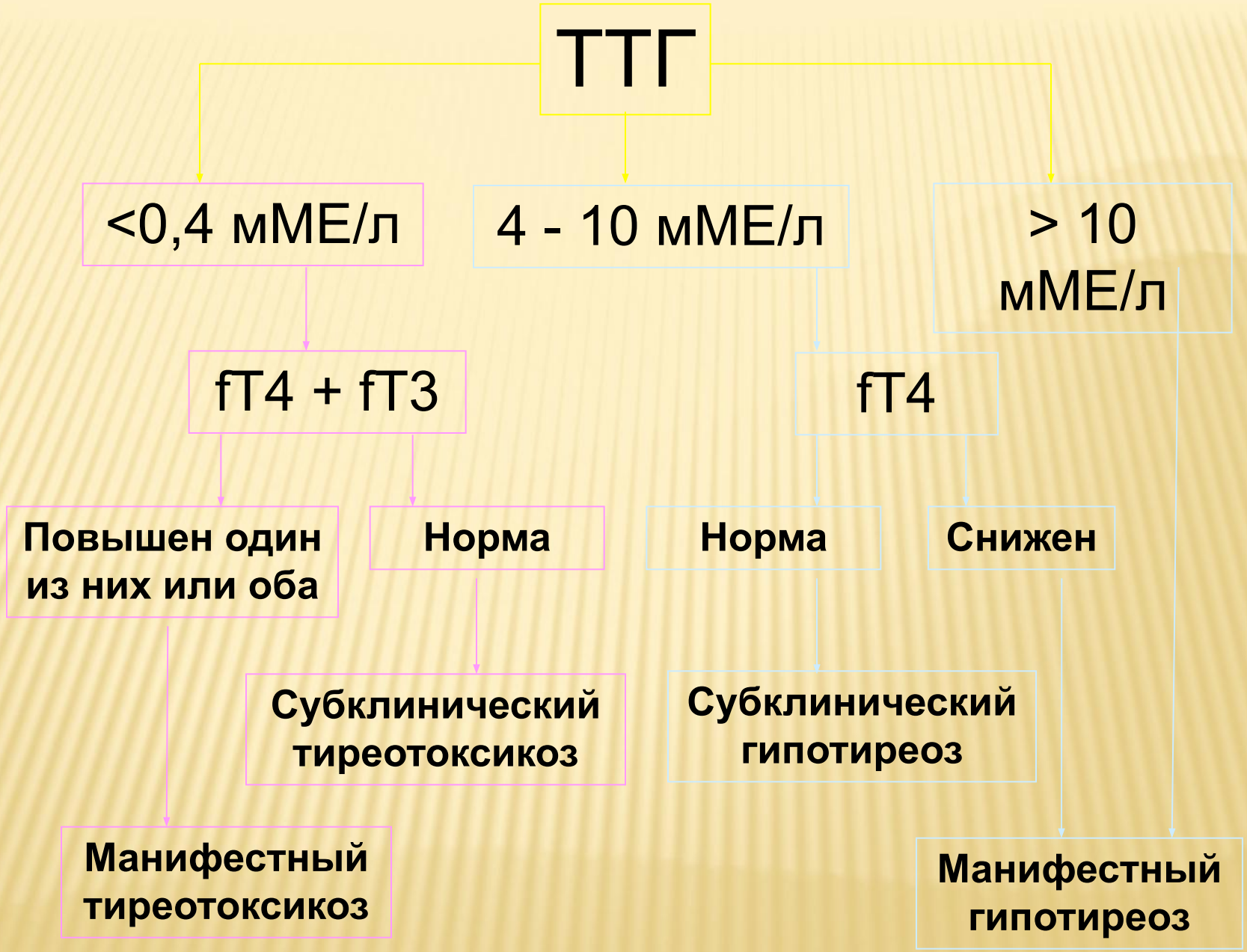
КЛАССИФИКАЦИЯ ЗОБА (ВОЗ,2001Г).

- **0 – зоба нет (объем доли не >объема дистальной фаланги большого пальца обследуемого)**
- 1степень – **зоб пальпируется но, не виден при нормальном положении шеи (отсутствует видимое увеличение ЩЖ)**
- 2 **степень– зоб чётко виден при нормальном положении шеи**

ПАЛЬПАЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЗОБА

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЗОБА

- ***Эндемический***
- ***Спорадический зоб -*** **Диффузный**
- **Узловой**
- **многоузловой /киста**
- **Типично расположенный**
- **загрудинный**
- **токсический, эутиреоидный, гипотиреоидный**


ТТГ
<0,4 мМЕ/л
4 - 10 мМЕ/л
> 10 мМЕ/л
fT4 + fT3
fT4
Повышен один из них или оба
Норма
Норма
Снижен
Субклинический тиреотоксикоз
Субклинический гипотиреоз
Манифестный тиреотоксикоз
Манифестный гипотиреоз

УЗЛОВОЙ ЗОБ

- Очаговое пальпируемое образование в щитовидной железе размером более1 см
- Непальпиремое, случайно обнаруженное при УЗИ образование ЩЖ , называется тиреоидная инсиденталома

КИСТЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – УЗЛОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОЛОСТЬЮ, ЗАПОЛНЕННОЙ ЖИДКИМ СОДЕРЖИМЫМ.

- возникают вследствие: дистрофии, микрокровоизлияний и гиперплазии фолликулов железы.
- Доброкачественный узел
- не оказывают негативное влияние на функцию ЩЖ
- Достигая размеров более 3 см, оказывают давление на кровеносные сосуды и органы шеи
- Могут подвергаться воспалению и нагноению. При этом появляется резкая боль в области шеи, высокая температура, симптомы интоксикации, увеличение и воспаление регионарных лимфоузлов.

КАЛЬЦИНАТЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ЭТО ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

- Наличие кальцинатов в узлах, независимо от их внешнего вида, характерно для опухолевых образований.
- Для рака щитовидной железы более характерны микрокальцинаты, которые встречаются в 26-70% случаев рака.
- По последним данным более 90% дифференцированных карцином **щитовидной железы** содержат **кальцификаты**.

ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМ ЕЖЕДНЕВНЫЙ ПРИЕМ **150 МКГ ЙОДА** В ТЕЧЕНИЕ 3-6 МЕСЯЦЕВ

- В период беременности - не менее **250 мкг** (ВОЗ, 2005 год).
- точно дозированных препаратов йода или витаминно-минеральных комплексов с дозировкой йода 250 мкг в сутки. (йодид-200, йодомарин200, витаминно-минеральные комплексы для беременных с йодом, например витрум-пренатал форте)
- йодсодержащие биологически активные добавки не показаны
- Йодная профилактика в предгравидарный период и во время беременности не показана женщинам с тиреотоксикозом (болезнь Грейвса-Базедова).
- Носительство АТ-ТПО с эутиреоидной функцией ЩЖ не является противопоказанием для назначения йодной профилактики, но требует контроля функции ЩЖ во время беременности.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ЩЖ

- Ионизирующая радиация
- Эндемический зоб
- Гормональный дисбаланс
- Генетическая предрасположенность

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Единственным симптомом рака является плотный безболезненный узел с неровной поверхностью, прощупываемый в щитовидной железе
- При внутрикапсулярном расположении узел может не определяться («скрытый рак»)
- Функция ЩЖ чаще не изменяется.
- Симптомы интоксикации встречаются редко и только в далеко зашедшем процессе(слабость, снижение аппетита и массы тела).

УЗЛОВОЙ ЗОБ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ - ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПТАБ ЩЖ

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ЩЖ

- Опухолевая форма: увеличена вся ЩЖ ; при пальпации плотная, бугристая. Смещаемость ЩЖ сохранена, ограничена или отсутствует. Темп роста опухоли быстрый. Жалобы: чувство давления в области шеи.
- Струмоподобная форма: увеличена ЩЖ или её доля, перешеек содержат один и / или несколько узлов.
- Тиреоидоподобная форма: железа увеличена, плотной-эластичной консистенции, подвижность её ограничена, при пальпации мелкобугристая, неоднородная.
- Псевдовоспалительная форма: при быстром росте опухоли возникает уплотнение и гиперемия мягких тканей, дисфагия. Одышка, осиплость голоса, повышение температуры тела, похудание. Слабость, утомлемость, анорексия.лейкоцитоз, повышение СОЭ.
- «Скрытая» форма : ЩЖ не увеличена и в ней пальпаторно не определяются узлы;на шее определяется увеличенный (ые) лимфатический(е) узлы плотной консистенции

Клинические признаки рака щитовидной железы

Клинические признаки	Симптомы	Причины
Расстройство голосообразования	Расстройство голосообразования	- сдавление возратных нервов
Нарушение дыхания	Затрудненный вдох, одышка, асфиксия	- сдавление возвратного нерва, - поражение легких метастазами, - прорастание трахеи
Глазные изменения	Энофтальм, птоз, миоз (синдром Горнера)	- сдавление симпатического ствола
Нарушение функции глотания	Дисфагия	- сдавление и прорастание пищевода
Сосудистые расстройства	Головная боль, головокружение, цианоз губ, отек лица, набухание вен шеи, грудной стенки, верхних конечностей, учащенное и поверхностное дыхание	- компрессия верхней полой вены
Психические расстройства	Головная боль, беспокойство, дезориентация, спутанность сознания	- метастазы в головной мозг
Диарея	Частый жидкий стул	- медуллярный рак (причина не установлена)

ПРИЗНАКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

- Быстрый рост узла (≥0,5 см за полгода по данным УЗИ)
- Плотная консистенция узла
- Спаянность узла с окружающими тканями
- Дисфагия
- Охриплость голоса из-за паралича голосовых связок
- Симптомы сдавления соседних органов
- Увеличение шейных лимфоузлов
- Симптом Горнера

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТИРЕОИДНОЙ КАРЦИНОМЫ(РАКА) ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Фолликулярный
- Папиллярный
- Недифференцированный
- Медулярный
- Плоскоклеточный

Гистологические формы рака ЩЖ различаются по гистогенезу, течению и прогнозу

Распространение рака ЩЖ обозначается символами TNM (клинический диагноз) и pTNM (гистологическое подтверждение распространенности рака).

ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- Хирургическое лечение во время беременности рекомендуется при наличие большой первичной опухоли, быстром росте узла и/или появления метастазов в лимфоузлах. Беременность прерывают и проводят полноценное лечение.
- При выявлении у женщины дифференцированного рака ЩЖ I и II стадии, проводят хирургическое лечение во втором триместре беременности
- Хирургическое лечение высокодифференцированного рака (папиллярный,фолликулярный) ЩЖ может быть отложено до послеродового периода.
- Если рак ЩЖ обнаружен в третьем триместре - лечение откладывают до родов.
- **Терапия радиоактивным йодом во время беременности не проводится!!!**

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- Заместительная терапия L-тироксином в супрессивной дозе 2,0-2,3 мкг/кг/сут под контролем ТТГ, ТГ.
- Уровень ТТГ – не более 0,5 мЕД/л .
- Уровень свТ4 поддерживается на верхней границе нормы
- возможен прием 100-200 мкг йода в сутки для нормального функционирования ЩЖ плода.

ВАРИАНТЫ ОПЕРАЦИИ

- Тиреоэктомия
- Тиреоэктомия с футлярно-фасциальным иссечением шейных лимфоузлов при наличии метастазов

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ УЗЛАМИ

- Супрессивная терапия L-T4 в индивидуально подобранной дозе до достижения уровня ТТГ менее 0,1 МЕ
- Радиоавтивная аблация изотопами йода
- Химиотерапия
- Контроль уровня тиреоглобулина в сыворотке крови , обзорная сцинтиграфия.
- определении уровня тиреоглобулина в сыворотке крови – показатель рецидива или метастазов рака ЩЖ

ПРОГНОЗ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ РАКЕ ЩЖ

- При распространении дифференцированного рака за пределы ЩЖ – прогноз неблагоприятный
- Медулярный рак + метастазы в лимфоузлы и органы - прогноз неблагоприятный
- При недифференцированном раке ЩЖ - прогноз наихудший

ТЕСТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЩЖ

Гормон	Норма
ТТГ	0,30 -5,00mIU/L
Свободный Т4	11 – 23pmol/L
Свободный Т3	3,5 – 6,7 pmol/L

ТИРЕОИДНЫЕ АНТИТЕЛА

- Антитироглобулиновые, микросомальные (>аутоиммунный тироидит)
- АТ к рецепторам ТТГ
- Тироидстимулирующий иммуноглобулин или тиреостимулирующие АТ (>при ДТЗ)
- < ТТГ ; Т3 >, Т4 > - тиреотоксикоз
- >TSH >; <Т3,<Т4 -гипотиреоз

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НОРМА V=18ML(Ж), V=24ML(М)

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ