

Презентацию подготовила
студентка 6 курса 4 группы
лечебного вечернего факультета

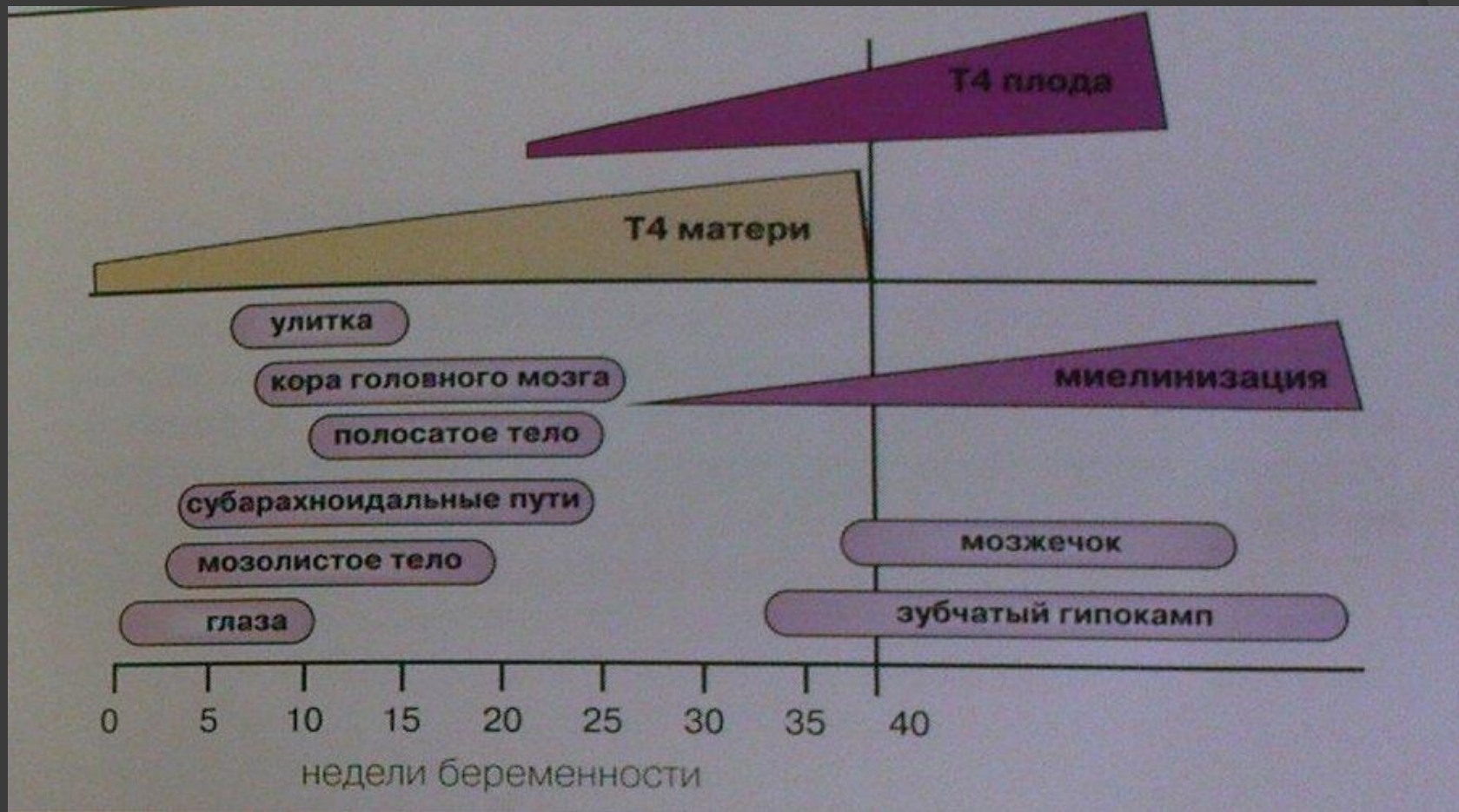
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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.

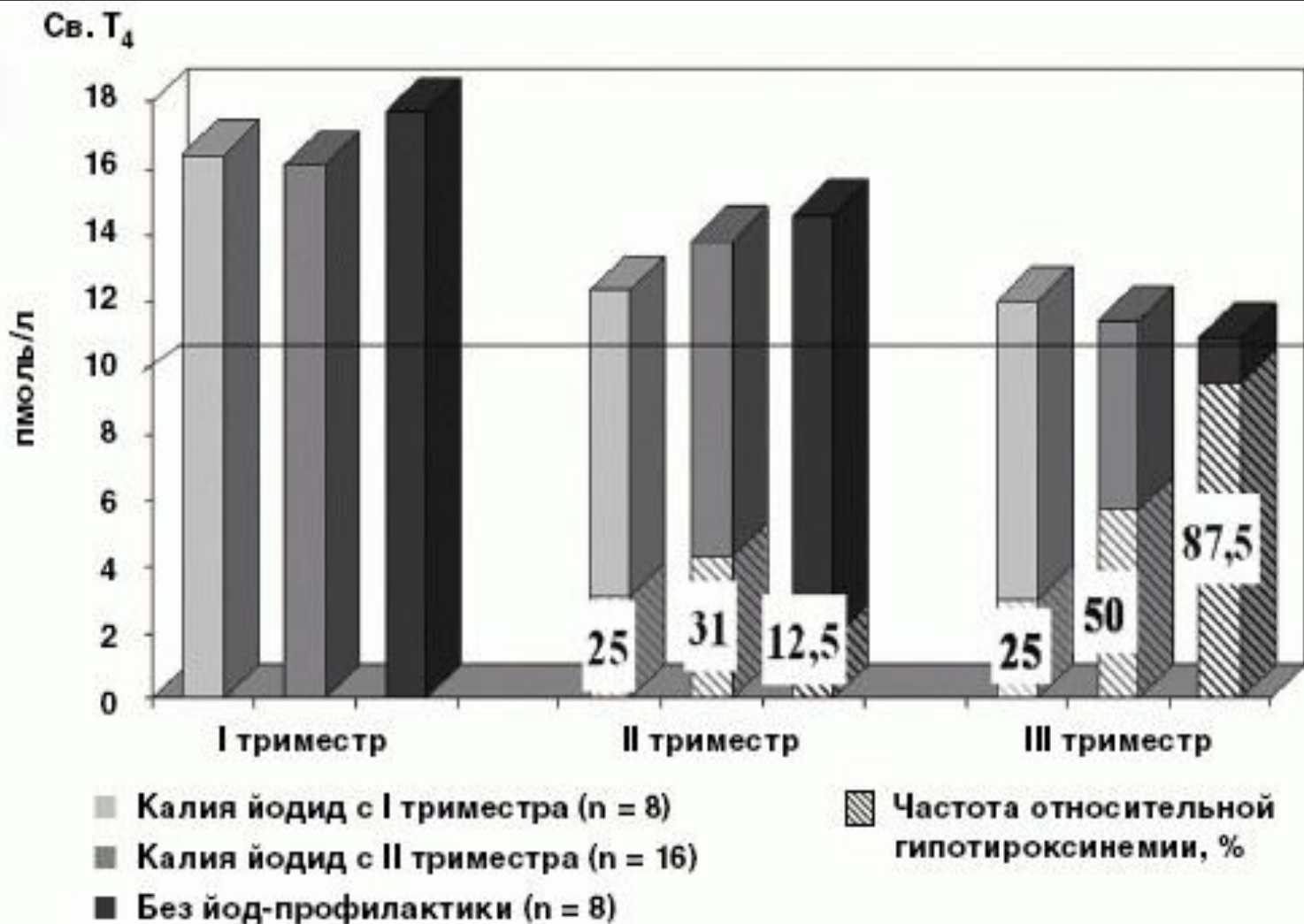
Основные этапы развития ЦНС и соотношение Т4 у беременной и плода



Диффузный нетоксический зоб (ДНЗ)

Вне беременности ДНЗ не требует частого контроля функции щитовидной железы и, зачастую, не требует и лечения, а во время беременности эти женщины относятся к группе риска развития гипотироксинемии. Поэтому у таких женщин необходимо контролировать функцию щитовидной железы каждые 2 месяца в течение первых II триместров. Патологическое значение гипотироксинемии в третьем триместре снижается.

Частота развития относительной гипотироксинемии



Лечение и профилактика

- В 2007 г. ВОЗ рекомендовала дозу йода для беременных и женщин в период лактации до 250 мкг в сутки.
- В случае выявления гипотироксинемии, даже относительной (снижение сТ4 ниже 10 перцентиля) в *первом триместре* показано проведение комбинированного лечения **препаратами йода** (Йодомарин, Йодид) и **левотироксина** (L-Тироксин, Эутирокс) по правилам лечения гипотиреоза.
- *Во втором триместре* опасность повреждения центральной нервной системы плода меньше, поэтому назначение левотироксина показано при развитии только явной гипотироксинемии.
- После родов препараты левотироксина необходимо отменить с последующим контролем функции щитовидной железы через 4—8 недель для исключения персистирующего гипотиреоза.

Гипотиреоз

- Гипотиреоз - клинический синдром, обусловленный гипофункцией щитовидной железы и характеризующийся сниженным содержанием тиреоидных гормонов в сыворотке крови.
- Гипотиреоз является достаточно распространенной патологией и встречается у 19 из 1000 женщин.
- Распространенность гипотиреоза среди беременных составляет 2%.

К группам риска по развитию гипотиреоза во время беременности относятся:

- ⦿ женщин, принимавших левотироксин в анамнезе по любой причине;
- ⦿ женщин с аутоиммунными заболеваниями или семейным анамнезом аутоиммунных заболеваний;
- ⦿ женщин с зобом;
- ⦿ женщин, перенесших операции на щитовидной железе или облучение шеи.

Клиника гипотиреоза

- Беременные с гипотиреозом жалуются на вялость, сонливость, снижение памяти, сухость кожи, выпадение волос, ломкость волос, упорные запоры. Отмечается бледность и отечность кожи, брадикардия, повышенное содержание холестерина в крови.
- Во время беременности, особенно во второй ее половине, отмечается некоторое улучшение течения гипотиреоза. Это связано с повышением активности функции щитовидной железы плода и поступление плодовых тиреоидных гормонов в организм матери. Это опасно для плода, так как раннее включение функции щитовидной железы приводит к ее истощению в последующем.

Осложнения беременности при гипотиреозе

Осложнения	Манифестный гипотиреоз	Субклинический гипотиреоз
Гипертензия, преэклампсия	22	15
Отслойка плаценты	5	0
Послеродовые кровотечения	6,6	3,5
Внутриутробная смерть плода	6,6	1,7
Пороки развития плода	3,3	0
Низкий вес при рождении	16,6	8,7

Диагностика и лечение гипотиреоза

- Если женщина с компенсированным гипотиреозом планирует беременность, дозу L-тироксина необходимо увеличить сразу после ее наступления на 50 мкг.
- Контроль адекватности терапии осуществляется по уровню ТТГ и свободного Т4, которые необходимо исследовать 1 раз в 4 недели на протяжении первого триместра, далее каждые 8 нед.
- Целевые значения ТТГ — 0,5—2,5 мЕд/л, а сТ4 — верхняя граница нормы.
- В случае выявления гипотиреоза, *манифестного* или *субклинического*, показано назначение сразу **полной заместительной дозы левотироксина**. Это позволяет быстро нормализовать уровень тироксина, который, проникая через плаценту, обеспечивает нормальное развитие плода.

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.

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

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!

