

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Тиреотоксикоз и беременность



Выполнила: Мадиярбек С.М.
Курс: VII
группа: 704-1 к

Алматы 2017 год

Тиреотоксикоз - патологическое состояние, вызванное стойким повышением уровня свободных тиреоидных гормонов в крови.



Патологический тиреотоксикоз во время беременности развивается относительно редко. Его распространенность составляет 1-2 случая на 1000 беременностей.

Практически все случаи гипертиреоза у беременных связаны с диффузным токсическим зобом (болезнью Грейвса).

Выявление болезни Грейвса не является показанием к прерыванию беременности, т. к. в настоящее время имеются эффективные и безопасные методы консервативной терапии. А лечение, безусловно, необходимо, потому что тиреотоксикоз несет риск развития серьезных осложнений как для матери, так и для плода.

Какие же могут быть осложнения ?

Со стороны матери:

- артериальная гипертензия
- преэклампсия
- отслойка плаценты
- преждевременные роды
- аборты
- анемия
- сердечная недостаточность
- тиреотоксический криз

Со стороны плода:

- внутриутробная задержка роста
- низкий вес плода
- мертворождение
- пороки развития
- фетальный и неонатальный тиреотоксикоз

Наличие у женщины тиреотоксикоза не снижает способность к зачатию в такой мере, как это происходит при наличии гипотиреоза. Поэтому все женщины с тиреотоксикозом должны быть предупреждены об этом, а также о необходимости надежной **контрацепции** на время лечения.

Женщина должна знать, что через 2 года применения препарата и последующей его отмены, выжидают минимум полгода, чтобы убедиться в сохранении эутиреоидного состояния, и еще 1,5 года, что ремиссия стойкая. Поэтому запланированная беременность может быть отложена еще на 2 года.

- Если женщина проходила лечение I^{131} , то планировать беременность можно уже через 1 год после лечения.
- Быстрее вопрос о планировании решается при оперативном лечении. Во время операции производится полное удаление щитовидной железы, и рецидив уже просто невозможен.
- После операции женщина начинает принимать заместительную терапию в виде L-тироксина и в ближайшие сроки может планировать беременность.

Симптомы :

Одним из первых признаков тиреотоксикоза на фоне беременности часто является **рвота** беременных. При этом диагностика тиреотоксикоза может быть затруднена, так как беременность часто и без патологии щитовидной железы осложняется рвотой в ранние сроки. Характерные симптомы тиреотоксикоза - **потливость, чувство жара, сердцебиение, нервозность, увеличение железы** - также часто встречаются при нормально протекающей беременности. Однако специфичные для болезни Грейвса глазные симптомы могут быть ключом к диагнозу.

Диагностика

Во время диагностики диффузного токсического зоба при беременности необходимо отличать его от преходящего физиологического тиреотоксикоза (гипертиреоза), который может появиться в первые недели беременности.

Лечение

Стандартное лечение проводят таблетированными тиреостатическими препаратами: производными имидазола (тиамазол, мерказолил) или **пропилтиоурацилом**, причем последний является **препаратом выбора** во время беременности, так как в меньшей степени проникает через плаценту и достигает организма плода.

Принципы лечения болезни Грейвса во время беременности состоят в следующем:

- Необходимо ежемесячно определять уровень свободного Т4.
- Препаратом выбора является **пропилтиоурацил**.
- При тиреотоксикозе средней тяжести, впервые выявленном во время беременности, пропилтиоурацил назначают в дозе 200 мг в день в 4 приема.
- После снижения уровня свободного Т4 до верхней границы нормы дозу пропилтиоурацила сразу снижают до поддерживающей (25- 60 мг/сут).
- Добиваться нормализации уровня ТТГ и часто исследовать этот показатель нет необходимости.

- Назначение L-тироксина (схема "блокируй и замещай") во время беременности не показано.
- При чрезмерном снижении уровня свободного Т4 тиреостатик отменяется и при необходимости назначается вновь.
- С увеличением срока беременности закономерно происходит уменьшение тяжести тиреотоксикоза и снижение потребности в тиреостатике, у большинства беременных в III триместре беременности пропилтиоурацил отменяют.
- После родов (через 2-3 мес) в 100 % случаев развивается рецидив тиреотоксикоза, требующий назначения тиреостатика.
- При приеме малых доз пропилтиоурацила (100 мг/сут) грудное вскармливание безопасно для ребенка.

При наличии показаний операция на щитовидной железе может быть проведена во время беременности, но в настоящее время назначается пациенткам только при **невозможности** консервативного лечения. Операция безопасна во II триместре беременности (между 12 и 26 нед).

Сразу же после операции беременным назначают L-тироксин в дозе 2,3 мкг/кг массы тела.

Проблемы лечения тиреотоксикоза при беременности не ограничиваются ликвидацией тиреотоксикоза у беременной. Это заболевание может в 1 % случаев вызвать тиреотоксикоз у плода или новорожденного.



Гестационный тиреотоксикоз

Возникает только во время беременности и является физиологическим состоянием, не требующий лечения. Развитие гестационного тиреотоксикоза связано в первую очередь, с образованием хорионического гонадотропина, который сначала синтезируется тканями (хорионом) плода, а после шестнадцати недель беременности плацентой. По своему строению хорионический гонадотропин очень похож на тиреотропный гормон.

У части беременных стимуляция хорионическим гормоном является такой сильной, что это ведет к повышению уровня Т4 в крови, тогда как снижается тиреотропный гормон. Такое состояние и называется **гестационным** или **транзиторным (временным) тиреотоксикозом**.

Вторым фактором, который влияет на развитие гестационного тиреотоксикоза, является высокий уровень эстрогенов, стимулирующий синтез белка в печени. Данный белок связывает тиреоидные гормоны, что снижает уровень свободного тироксина и в свою очередь, заставляет щитовидную железу продуцировать больше гормонов.

Диф.диагностика

Гестационный тиреотоксикоз :

- характеризуется симптомами напоминающие симптомы раннего токсикоза (тошнота, рвота, сердцебиение, чувство жара)
- встречается только на ранних сроках беременности.
- в анамнезе отсутствуют заболевания щитовидной железы
- нет повышения титров антител к щитовидной железе
- на УЗИ зобная железа не изменена, отмечаются небольшое повышение Т4 и умеренное снижение тиреотропного гормона, тогда как уровень хорионического гормона значительно повышен (более 100000 Ед/л)

Во время многоплодной беременности гестационный тиреотоксикоз встречается чаще.

Основной профилактической мерой, которая предупреждает развитие диффузного токсического зоба, является прием йода. Беременные и кормящие женщины должны получать 200 мкг йода в сутки. С этой целью прописывается Йодид-200 по одной таблетке в день.

