

А.Е. Коваленко, д.м.н., заведуючий хирургическим отделением ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комисаренко» АМН Украины, А.В. Омельчук, Ю.В. Давыдова, д.м.н., заведующая акушерским отделением экстрагенитальной патологии и постнатальной реабилитации ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», г. Киев

Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы у беременных

Не знаю ничего красивей
Достойной матери счастливой
С ребенком малым на руках.
Тарас Шевченко



А.Е. Коваленко



Ю.В. Давыдова

В настоящее время нет сомнений в том, что именно функциональному состоянию щитовидной железы (ЩЖ) будущей матери принадлежит особая роль в эндокринном обеспечении физиологического течения беременности и вынашивании здорового ребенка. Исключительно за счет полноценного тиреоидного гомеостаза матери происходит закладка основных структур центральной нервной системы плода в I триместре беременности, что имеет основополагающее значение в формировании интеллекта будущего ребенка. Проблема заболеваний ЩЖ у женщин во время беременности имеет большое социальное и медицинское значение, определяя здоровье подрастающего поколения населения Украины. В последние годы эндокринологов настораживает факт роста количества заболеваний ЩЖ у молодых женщин в период беременности. Дефицит йода, изменение характера питания, неблагоприятная радиологическая обстановка, возникшая после аварии на Чернобыльской АЭС, являются факторами повышенного риска развития заболеваний ЩЖ у молодого населения Украины. Эти заболевания могут влиять на характер течения и исход беременности, а также состояние новорожденного. Беременность редко развивается на фоне выраженной эндокринной патологии, поскольку она зачастую приводит к нарушению репродуктивной функции и бесплодию. Однако при своевременном выявлении и коррекции практически любая патология ЩЖ не является противопоказанием к планированию и вынашиванию беременности.

Физиологические особенности функции ЩЖ во время беременности

Беременность сопровождается воздействием комплекса специфических факторов, которые приводят к значительной стимуляции ЩЖ женщины (рис. 1). Гормоны ЩЖ матери играют важную роль на протяжении всего гестационного периода.

его потребляемое количество играет важную роль во время беременности. Во второй половине беременности дополнительным фактором гиперстимуляции ЩЖ является изменение метаболизма тиреоидных гормонов, обусловленное формированием и функционированием фетоплацентарного комплекса. Ускорение периферического метаболизма T_4 связано

а в случае лечения у беременной тиреотоксикоза – одного только уровня T_{4cb} .

Беременность является основным потенцирующим фактором, приводящим к состоянию относительного дефицита йода как у матери, так и у плода, в связи с чем проведение йодной профилактики на протяжении всего периода гестации предотвращает развитие зоба и нормализует функцию ЩЖ.

Следует считать целесообразным применение калия йодида в дозе 150 мкг в сутки женщинам при планировании беременности, в дозе 200 мкг в сутки во время беременности и кормления независимо от употребления йодированной соли. Необходимо отметить, что во II-III триместрах беременности необходимо

25-30 лет. Эти факты привели к тому, что за последние годы достоверно увеличилось количество пациенток, у которых во время беременности выявляются доброкачественные и злокачественные новообразования ЩЖ.

Среди молодых женщин именно беременность является причиной проведения ультразвукового обследования ЩЖ и первого выявления бессимптомных узлов при диспансерном обследовании. Признано, что если узел свыше 1 см выявлен в I и II триместре беременности, то он подлежит тонкоигольной аспирационной биопсии с цитологическим исследованием. Узлы менее 1 см следует пунктировать только при наличии косвенных эхографических признаков злокачественности. Если узловое образование впервые выявляется во второй половине беременности, проведение биопсии можно перенести на послеродовой период. Откладывание диагностики на 2-4



Рис. 1. Физиологическое влияние беременности на функцию щитовидной железы

1. Тиреоидные гормоны стимулируют функцию желтого тела, что важно для сохранения беременности на ранних сроках.

2. Гиперпродукция эстрогенов в I триместре беременности активизирует синтез тироксинсвязывающего глобулина (ТСГ) в печени, что приводит к временному снижению содержания свободной гормональной фракции в крови. По механизму «обратной связи» увеличивается выработка тиреотропного гормона (ТТГ), что в свою очередь ведет к восстановлению концентрации свободных гормонов.

3. Выработка хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) непосредственно стимулирует ЩЖ женщины. ХГЧ по структуре подобен ТТГ. Под его воздействием происходит незначительное повышение содержания T_{4cb} и снижение уровня ТТГ в плазме на ранних сроках беременности. У большинства здоровых женщин стимулирующее влияние ХГЧ остается минимальным, не продолжительным и не приводит к клинически значимым последствиям. Важно отметить, что умеренное повышение уровня T_4 и понижение ТТГ в I триместре беременности – явление физиологическое (гестационный транзиторный гипертиреоз, ГТГ) и его не следует путать с тиреотоксикозом, часто манифестирующим во время беременности.

4. Плод обеспечивается йодом только за счет материнского организма, поэтому

с его трансплацентарным дейодированием и переносом от матери к плоду.

5. Увеличение объема почечного кровотока и гломерулярной фильтрации в организме беременной приводит к увеличению почечного клиренса йода, усугубляя йододефицитное состояние. Помимо этого фактора, пониженное потребление йода (менее 100 мкг/сут) в регионах с умеренной и тяжелой степенью йодного дефицита приводит к хронической стимуляции ЩЖ, относительной гипотироксинемии и формированию зоба как у матери, так и у плода.

В связи с этим для правильной интерпретации лабораторных показателей, отражающих деятельность ЩЖ, важно принимать во внимание следующее:

- необходимо сочетанное определение уровня ТТГ и T_{4cb} ; определение общего T_4 и T_3 неинформативно, так как во время беременности их уровни всегда повышены в 1,5 раза;
- количество ТТГ в первой половине беременности в норме снижено у 20-30% женщин при одноплодной и у 100% при многоплодной беременности;
- уровень T_{4cb} в I триместре несколько повышен примерно у 2% беременных и у 10% женщин со сниженным ТТГ;
- уровень T_{4cb} , определяемый на поздних сроках беременности, бывает погранично снижен при нормальном уровне ТТГ;
- для контроля эффективности лечения патологии ЩЖ используется сочетанное определение уровня T_{4cb} и ТТГ,



Рис. 2. Протокол наблюдения очаговых образований ЩЖ, выявленных во время беременности

тщательно контролировать прием соли, поэтому уповать на профилактику йодного дефицита в конце беременности за счет употребления йодированной соли нельзя. Беременные должны избегать приема йодосодержащих биодобавок. Единственным противопоказанием для йодной профилактики является тиреотоксикоз.

Узловой зоб и рак ЩЖ у беременных

Ситуация, сложившаяся в Украине после аварии на Чернобыльской АЭС в 1986 г., привела к достоверному росту количества тиреоидных карцином среди населения, находившегося в детском возрасте, а широкое распространение ультразвуковой диагностики повысило выявляемость очаговых образований ЩЖ. В настоящее время, спустя 23 года после аварии, группа лиц с высоким риском развития карцином ЩЖ достигла пика фертильности. Отмечено, что подавляющее число больных с тиреоидными неоплазиями – это женщины в расцвете репродуктивного возраста – до

месяца не влияет на прогноз, а сама процедура биопсии сопряжена с большим стрессом (рис. 2).

В большинстве случаев клиническая значимость доброкачественных узлов ЩЖ невелика, они не влияют на течение беременности и подлежат наблюдению.

Вопрос о необходимости проведения хирургического лечения узлового зоба во время беременности возникает при значительных размерах ЩЖ с выраженной шейно-загрудинной локализацией, компрессией, девиацией органов шеи и средостения. В этих случаях во избежание опасности расстройств дыхания в период родовой деятельности, особенно в литотомической позиции, сложностей экстренной интубации трахеи для родоразрешения, гипоксии плода целесообразно выполнение планового хирургического вмешательства по удалению зоба у беременной в специализированной клинике.

Хирургическую тактику меняет цитологически подтвержденная злокачественность опухоли ЩЖ. Карциномы,

выявленные в I и II триместре, подлежат хирургическому лечению до 22-й недели беременности, чтобы минимизировать риск ее прерывания до того, как плод станет жизнеспособным.

! Беременность при этом ни в коем случае не должна прерываться. Наличие регионарных метастазов дифференцированного рака ЩЖ также не является показанием для прерывания беременности.

Срок беременности от 14 до 22 недель является оптимальным для проведения оперативного вмешательства, потому что в этом периоде уменьшается риск тератогенного действия многих средств, используемых для анестезии. В этих сроках гестации значительно уменьшается риск развития самопроизвольного аборта и негативных последствий преждевременных родов.

зоба, находящихся в периоде беременности. Оперативные вмешательства проводились в срок от 14 до 22 недель беременности ($18,0 \pm 0,2$ недели). Обращает на себя внимание увеличение количества оперативных вмешательств у беременных женщин с карциномой ЩЖ в 2007 и 2008 гг. (рис. 3). Это свидетельствует о том, что дети, пострадавшие от аварии на Чернобыльской АЭС, в настоящее время повзростели и вошли в активный фертильный возраст. Из 33 пациенток с папиллярными карциномами ЩЖ 29 (87,9%) проживали в северных областях Украины, которые наиболее пострадали в результате аварии на Чернобыльской АЭС.

Сразу после тотальной тиреоидэктомии пациенткам была назначена полная заместительная терапия L-тироксином в дозе 2,3 мкг/кг/сут.

При наличии неопределенного цитологического заключения «фолликулярная

женщинам, у которых оперативное лечение карциномы ЩЖ проводилось во II триместре беременности, в послеродовом периоде рекомендуется блокирование лактации с последующим ранним лечением радиоактивным йодом.

! В настоящее время благодаря введению эффективных методик лечения папиллярного рака ЩЖ стала возможной не только реализация репродуктивной функции у таких женщин, но и проведение прекоцепционной профилактики и прегравидарной подготовки.

Наиболее благоприятным временем для наступления беременности следует считать 1 год после операции и терапии радиоактивным йодом (^{131}I) при доказанном отсутствии рецидивов заболевания, а также после облучения в дозах до 250 мКи.

В 2005 г. Ю.В. Давыдова и соавт. сообщили об успешном завершении беременности у 160 женщин после комбинированного лечения высокодифференцированного рака ЩЖ. Применение разработанной совместно с хирургами-эндокринологами системы антенатальной охраны плода для таких женщин позволило добиться значительных результатов: частота врожденного гипотиреоза – 0%, наличие пороков развития у плода – 0%, перинатальная смертность – 0%, рождение детей в состоянии средней и тяжелой гипоксии (ниже 6 баллов по Апгар) – 2,5%, частота оперативного родоразрешения – 7,5%, абдоминальное родоразрешение выполнялось преимущественно по акушерским показаниям.

Наиболее часто встречающимися осложнениями в период гестации, родов, ранней неонатальной адаптации были: угроза прерывания беременности, дискоординация родовой деятельности, дистресс плода, желтуха, сухость кожи новорожденного, риск развития кальциево-фосфорных нарушений. Необходимо отметить, что при беременности у женщины значительно повышается потребность в кальции и компенсированные проявления паратиреоидной недостаточности после тиреоидэктомии могут приобрести клиническую значимость. В связи с этим беременные, перенесшие тиреоидэктомию, нуждаются в дополнительной коррекции кальциевого баланса организма.

Беременность и тиреотоксикоз

Тиреотоксикоз при беременности встречается у 0,2–0,4% женщин, составляя один случай на 500–1500 беременностей. В большинстве случаев он обусловлен диффузным токсическим зобом, который часто манифестирует во время беременности. В первом триместре беременности следует проводить дифференциальный диагноз дебюта диффузного токсического зоба, генетически детерминированного аутоиммунного заболевания с ГТГ, вызванного стимулирующим

влиянием ХГЧ (рис. 4). Сниженный уровень ТТГ до 0,2 мЕд/л, неукротимая рвота беременных (hyperemesis gravidarum), отсутствие антител к рецепторам ТТГ, офтальмопатии, претибиальной микседемы свидетельствует о транзитном гипертиреозе, не требующем назначения тиреостатических препаратов.

При впервые выявленной во время беременности болезни Грейвса всем пациенткам показано проведение консервативного лечения. Ликвидация тиреотоксикоза обязательна как для профилактики сердечной недостаточности, тиреотоксического криза и других осложнений у матери в период беременности, так и для нормализации течения родов (предотвращения стремительных родов), а также для исключения неонатального гипотиреоза и аномалий развития плода (краниостеноз, болезнь Дауна).

Очевидно, что для принятия такого ответственного решения, как назначение тиреостатических препаратов беременной, следует быть абсолютно убежденным, что тиреотоксикоз действительно имеется.

В течение I триместра беременности применение любых лекарственных препаратов крайне нежелательно в связи с возможным их тератогенным влиянием. Поэтому при тиреотоксикозе легкой степени антигипотиреоидные препараты можно не назначать. Более того, беременность сама по себе оказывает положительное влияние на течение диффузного токсического зоба, что проявляется в необходимости снижения дозы или даже отмены антигипотиреоидных препаратов в III триместре.

Тиреостатическая терапия диффузного токсического зоба у беременных заключается в поддержании эутиреоидного состояния на протяжении всей беременности при наименьших дозах препаратов (рис. 5). Препаратом выбора считается пропилтиоурацил, так как он малорастворим в жирах и в большей степени связывается с белками, кроме того, он меньше подвержен трансплацентарному переносу. Начальная доза пропилтиоурацила – 200 мг/сут, при достижении необходимого уровня T_{4cb} доза снижается до поддерживающей – 25–50 мг/сут.

Целью лечения является поддержание уровня T_{4cb} на верхней границе нормы (21 пкмоль/л) или чуть выше. Контроль уровня T_{4cb} проводится ежемесячно. Нормализовывать ТТГ не нужно. Параллельно сроку беременности уровень тиреотоксикоза снижается, следовательно, снижается и потребность в пропилтиоурациле. У большинства женщин в III триместре его можно отменить.

Терапия радиоактивным йодом во время беременности противопоказана, а хирургическое лечение требуется в исключительных случаях.

! Оперативное лечение диффузного токсического зоба во время беременности оправдано:

- при развитии тяжелых побочных аллергических реакций на тиреостатики;
- при тяжелой форме тиреотоксикоза и необходимости назначения высоких доз тиреостатиков;
- в случаях, когда пациентка отказывается принимать тиреостатические препараты;
- при выраженном компрессионном синдроме шеи, обусловленном зобом.

Тактика ведения беременных женщин с тиреотоксикозом, принятая в ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко АМН Украины», достаточно консервативна. В большинстве случаев у беременных женщин удавалось достичь ремиссии тиреотоксикоза пропилтиоурацилом,

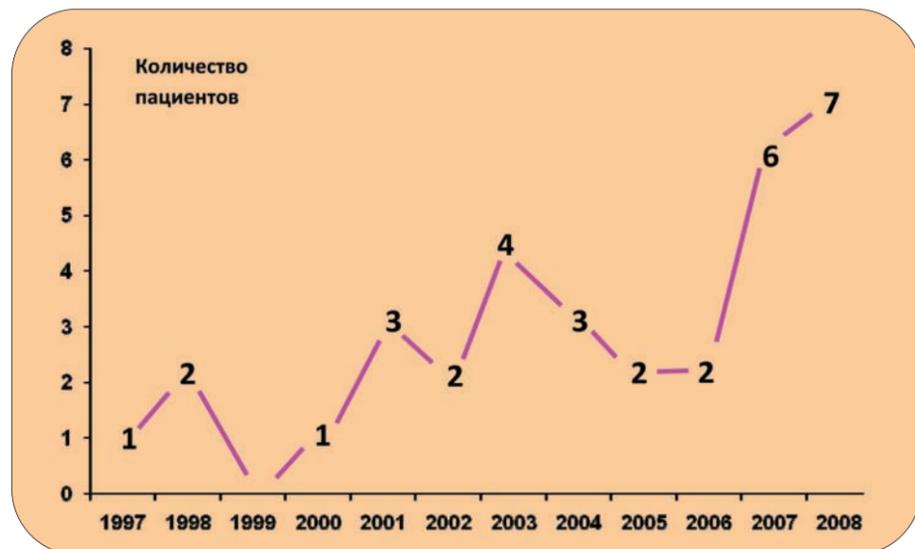


Рис. 3. Хирургическое лечение папиллярных карцином щитовидной железы у беременных

При выборе анестезиологического пособия необходимо учитывать интересы матери (профилактика преждевременных родов в послеоперационном периоде) и ребенка (гипоксия, тератогенность лекарственных препаратов).

Проведение оперативного вмешательства во время беременности ставит перед анестезиологом четыре основные задачи:

- обеспечение безопасности матери в условиях, когда жизненные функции организма изменены беременностью;
- поддержание нормального маточно-плацентарного кровотока;
- максимальная защита плода;
- контроль повышения тонуса миометрии и снижение вероятности преждевременных родов.

Важным моментом является медикаментозная подготовка пациентки к оперативному вмешательству. За несколько дней до операции назначаются гестагены, утеролитическая терапия (β_2 -адреномиметики, магния сульфат, спазмолитики, витамины группы В).

Чтобы обеспечить максимальный результат для матери и плода анестезиолог должен быть хорошо знаком с физиологическими изменениями во время беременности и их влиянием на течение различных видов анестезии. Органогенез у плода происходит с 15-го по 56-й день беременности. Это самый опасный период для применения анестетиков. Начиная с 28 недель беременности по второй-третий месяц жизни новорожденного происходит процесс миелинизации нервных волокон. Этот период также очень опасен, так как миелиновые клетки крайне чувствительны к малейшим изменениям метаболизма и воздействию внешних факторов.

По материалам хирургического отдела ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко АМН Украины» за период с 1997 по 2008 год, проведено хирургическое лечение 33 пациенток с папиллярной карциномой ЩЖ и 3 пациенток с узловыми формами

неоплазия», небольшой папиллярной карциномы и отсутствии данных о прогрессировании процесса, желании больной отложить лечение до послеродового периода от оперативного вмешательства во время беременности можно воздержаться. Доказано, что процесс гестации не влияет на эволюцию карциномы и перенесение операции на послеродовый период достоверно не изменяет прогноз заболевания, особенно, если диагноз устанавливается после 22 недель беременности.

Лечение радиоактивным йодом возможно только в послеродовом периоде, так как он способен проникать через структуру плацентарного барьера и необратимо поражать ЩЖ плода. Целесообразно перед проведением радиойодотерапии исключить наличие беременности раннего срока у женщин активного фертильного возраста, особенно не использующих методы контрацепции с высоким уровнем эффективности. Лучевая терапия противопоказана кормящим матерям, поэтому в большинстве случаев

| Гестационный транзитный гипертиреоз | Диффузный токсический зоб |
|---|---|
| ✓ Стимулирующее влияние хорионического гонадотропина | ✓ Аутоиммунное заболевание |
| ✓ Офтальмопатии нет | ✓ Офтальмопатия присутствует |
| ✓ Претибиальной микседемы нет | ✓ Претибиальная микседема присутствует |
| ✓ Низкий титр антител к рецепторам ТТГ | ✓ Высокий титр антител к рецепторам ТТГ |
| ✓ Уровень ТТГ снижен до 0,2 мЕд/л в I триместре | ✓ Уровень ТТГ ниже 0,1 мЕд/л |
| ✓ Неукротимая рвота беременных (hyperemesis gravidarum) | |

Рис. 4. Синдром тиреотоксикоза у беременных

Продолжение на стр. 42.

А.Е. Коваленко, д.м.н., заведуючий хирургическим отделением ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комисаренко» АМН Украины, **А.В. Омельчук**, **Ю.В. Давыдова**, д.м.н., заведующая акушерским отделением экстрагенитальной патологии и постнатальной реабилитации ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», г. Киев

Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы у беременных

Продолжение. Начало на стр. 40.



Рис. 5. Терапия диффузного токсического зоба до и во время беременности

необходимость хирургического вмешательства возникла только у 11 пациенток (за период с 1997 по 2008 год). Хирургических осложнений во время проведения операции и осложнений беременности не было.

Достаточно сложным является вопрос о планировании беременности и подготовке к ней женщин, которые длительно страдают диффузным токсическим зобом. При стойком эутиреозе в течение 1-2 лет после отмены тиреостатических препаратов возможно планирование беременности.

В случаях когда не удается достичь стойкой ремиссии заболевания на фоне тиреостатической терапии, предпочтение следует отдавать тиреоидэктомии ввиду более быстрого наступления эутиреоидного состояния после хирургического лечения и в последующем планировать беременность в более ранние сроки после оперативного вмешательства, когда подобрана доза заместительной терапии L-тироксина и отмечено восстановление физических сил пациентки.

Беременность и гипотиреоз

Хирург, оперирующий на ЩЖ, должен знать основные принципы заместительной терапии, особенности ее проведения у беременных, потому что тиреоидэктомия является основной причиной гипотиреоза у молодых женщин.

! Диагностику и коррекцию функции ЩЖ необходимо проводить еще на стадии планирования беременности и в ее самые первые недели. До 15 недель потребность плода в гормонах ЩЖ обеспечивается работой ЩЖ матери. В связи с этим развитие плода, его эндокринной, нервной системы зависит от функции ЩЖ матери, с которой она вступила в беременность.

Клинически явный гипотиреоз выявляется у 0,3%, а недиагностированный субклинический – у 2,2-2,5% беременных. Декомпенсированный гипотиреоз во время беременности может привести к серьезным акушерским осложнениям (артериальная гипертензия, отслойка плаценты, послеродовые кровотечения) и нарушениям развития плода (недостаточная масса, анемия, пороки развития, внутриутробная гибель).

Абсолютно все женщины с гипотиреозом должны получать заместительную терапию. Следует помнить об особенностях тиреоидного гомеостаза при экзогенном введении тироксина во время беременности:

- в тонком кишечнике и в верхней части слепой кишки всасывается до 80%

экзогенного T₄, снижение абсорбции может привести к гипотиреозу;

- после всасывания до 99% экзогенного T₄ связывается с протеинами плазмы (ТСГ, транстиретином, альбумином);
- образование T₃ происходит за счет T₄-5'-деидиназы 1 типа в экстратиреоидных тканях (печени, почках, мышцах);
- ионообменные смолы, производные желчных кислот, связывают T₄ и снижают его всасывание;

• при беременности увеличивается выработка эстрогенов, что приводит к увеличению ТСГ, что, в свою очередь, приводит к снижению доступа тироксина к клеткам-мишеням.

Лечение гипотиреоза при беременности проводится, как правило, с помощью быстрой заместительной терапии тиреоидными препаратами. Начиная с I триместра потребность в тиреоидных гормонах увеличивается на 40-50%. Вне беременности заместительная доза L-тироксина составляет 1,6-1,8 мкг/кг/сут, при компенсированном гипотиреозе с наступлением беременности доза повышается на 50 мкг/сут. Если гипотиреоз выявлен впервые при беременности и L-тироксин до сих пор не принимался, сразу назначается его полная заместительная доза – 2,3 мкг/кг/сут, без постепенного увеличения. Дозу L-тироксина обычно нужно увеличивать на 4-8-й неделе беременности на 30-50% и в дальнейшем корректировать под ежемесячным контролем уровня ТТГ. Увеличение дозы L-тироксина необходимо проводить, несмотря на то что содержание ТТГ в крови беременной снижается под воздействием ХГЧ. Критерии компенсации гипотиреоза при беременности – уровень ТТГ менее 2,0 мЕд/л (вне беременности – менее 4,0 мЕд/л) и уровень T₄ ближе к верхней границе нормы. Необходимо понимать, что, если исходный уровень ТТГ был очень высок, он может не успеть быстро нормализоваться не из-за недостаточной дозы тироксина, а из-за определенной скорости снижения. После родов ежедневные дозы тиреоидных гормонов должны быть снижены до того количества, на котором у больной сохранялось эутиреоидное состояние еще до наступления беременности.

На сегодняшний день из лекарственных средств наибольшее распространение получили синтетические препараты L-тироксина, а именно оригинальный препарат Эутирокс компании «Никомед». Препарат хорошо зарекомендовал себя в практическом применении, легко дозируется, при правильно подобранной дозировке не вызывает побочных

эффектов. Известно, что намного хуже выполняются рекомендации врача при необходимости сложного дробления таблеток. Например, при ограниченном количестве дозировок L-тироксина назначение пациенту индивидуальной дозы в 75 и 125 мкг вызывает существенное неудобство. В США и многих странах Европы зарегистрировано до 12 дозировок L-тироксина. Наличие Эутирокса в дозировках 25, 50, 75, 100, 125 и 150 мкг существенно облегчает проведение заместительной терапии гипотиреоза у беременных.

Сравнительно часто при беременности в условиях отсутствия патологии со стороны ЩЖ и сохранения эутиреоидного состояния выявляется повышенное содержание антител в сыворотке крови к антигенам ЩЖ (антитела к тиреоидной пероксидазе, (АТ-ТПО) и антитела к тиреоглобулину (АТ-ТГ). В послеродовом периоде у большинства таких женщин их титр постепенно снижается. В последнее время многие исследования показали, что наличие аутоантител к ЩЖ является значительным фактором риска самопроизвольного прерывания беременности. Высокая частота невынашивания беременности у женщин с АТ-ТПО, по всей видимости, является следствием субклинического гипотиреоза, который не был диагностирован до наступления беременности, а также может быть объяснена тем фактом, что наличие аутоиммунного процесса в ЩЖ может сопровождаться антителообразованием к тканям яичника. В связи с этим при планировании беременности необходимо определение не только уровня антител к антигенам ЩЖ, но и ТТГ, тиреоидных гормонов в сыворотке крови, особенно у женщин с увеличением ЩЖ, проживающих на территориях с дефицитом йода.

Прекоцепционное консультирование и прегравидарная подготовка

После проведения соответствующего обследования и лечения под наблюдением эндокринолога могут планировать беременность следующие категории пациенток с патологией ЩЖ:

- женщины с компенсированным первичным гипотиреозом, развившимся в исходе аутоиммунного тиреоидита или хирургического удаления ЩЖ;
- пациентки с различными формами эутиреоидного зоба (узловой, многоузловой, смешанный), когда отсутствуют прямые показания для оперативного лечения (значительный размер зоба, компрессионный синдром);
- женщины с наличием антител к ЩЖ при отсутствии нарушения ее функции.

У этих пациенток во время беременности необходимо проводить оценку структурных изменений ЩЖ методом сонографии и оценку функции – определением уровня ТТГ и T₄ в каждом триместре. Женщины с некомпенсированным гипотиреозом могут планировать беременность после достижения эутиреоза на фоне заместительной терапии L-тироксина. У пациенток с тиреотоксикозом после достижения стойкой ремиссии беременность может быть запланирована спустя 1-2 года, если проводилась терапия радиоактивным йодом или тиреостатиками. При оперативном лечении болезни Грейвса в объеме тиреоидэктомии беременность может быть запланирована в ближайшие сроки на фоне заместительной гормональной терапии. У женщин после комбинированного лечения рака ЩЖ при решении вопроса о возможности сохранения беременности

следует учитывать следующие объективные данные: морфологическое строение и стадию опухоли, объем проведенной операции и характер послеоперационных осложнений, время, прошедшее после операции и проведения радиодотерапии, возраст, настрой женщины и семьи в отношении беременности.

По рекомендациям ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», беременность можно сохранить, если опухоль – дифференцированная папиллярная карцинома, проведена тиреоидэктомия, после проведения радиодотерапии прошло 12 месяцев, женщина молодого возраста, настроенная на вынашивание беременности при полной поддержке семьи.

Проведение прекоцепционного консультирования (этап до наступления беременности) предусматривает:

- обследование у эндокринолога (медицинское заключение о возможности вынашивания беременности);
- обследование на TORCH-инфекции/ проведение соответствующей терапии;
- определение уровня гормонального обеспечения менструального цикла и проведение соответствующей коррекции (лечение недостаточности фолликулиновой и/или лютеиновой фазы цикла);
- определение уровня кальция, фосфора в крови и проведение соответствующей коррекции гипокальциемии;
- определение психоэмоционального состояния и проведение психологической поддержки при необходимости.

Следует отметить, что у женщин после комбинированного лечения рака ЩЖ выявлены следующие особенности психоэмоционального статуса:

- 70,0% женщин выражали беспокойство по поводу вероятности у них больного ребенка (чаще всего под влиянием досужих разговоров и из-за отсутствия достоверной информации от медицинских работников);
- 48,3% опасались осложнений основного заболевания (вероятности метастазов);
- 50,0% были не уверены в своих возможностях выносить беременность;
- 46,7% скрывали от мужа или его родственников характер заболевания, объем операции, проведение радиодотерапии.

Учитывая приведенные выше данные, была разработана программа психопрофилактики для дородовой подготовки таких женщин, что позволило значительно улучшить течение беременности и родов у них, а также избежать перинатальных потерь. В послеродовом периоде следует учитывать влияние комбинированного лечения на организм женщины (постоянная терапия тиреоидными препаратами, радиоизотопное лечение), а также проводить тщательное диспансерное наблюдение с рекомендациями по контрацепции, профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, ранней менопаузы, остеопороза, опухолей молочной железы, матки, придатков матки.

! В заключение необходимо отметить, что беременность является состоянием организма женщины, которое охраняется покоем природы, и хирургу следует помнить, что любое нарушение этого покоя может привести к осложнениям естественного процесса вынашивания ребенка. Проведение инвазивных диагностических процедур, обсуждение диагноза онкологического заболевания, необходимости хирургического вмешательства, подготовка к операции и ее выполнение должны быть глубоко обоснованы, предельно безопасны для пациентки, ее ребенка и должны осуществляться совместной согласованной работой эндокринолога, хирурга, акушера-гинеколога и перинатального психолога.