

Спектр тиреоидных заболеваний у беременных женщин

А.Г. Арутюнян, К.Г. Азатян, С.А. Нерсисян, Р.Н. Крнатян

*8-я гор. поликлиника г. Еревана,
Научно-клинический центр патологии желез внутренней секреции
НИЗ МЗ РА
0019, Ереван, пр. Маршала Баграмяна, 51*

Ключевые слова: тиреоидные новообразования, аутоиммунный тиреоидит, беременные женщины, узловой коллоидный зоб, диффузный эутиреоидный зоб

В структуре заболеваемости щитовидной железы (ЩЖ) преобладают женщины, особенно репродуктивного периода. Известно, что женщины в 10-17 раз чаще, чем мужчины, страдают от тиреоидных нарушений. В последние годы распространенность заболеваний ЩЖ растет, что может крайне неблагоприятно отразиться на состоянии плода и новорожденного [3, 12].

Повышенный интерес к проблеме тиреоидных заболеваний во время беременности связан в первую очередь с тем, что при этом возрастает частота таких осложнений, как самопроизвольный выкидыш, плацентарная недостаточность, преждевременная отслойка плаценты, послеродовое кровотечение и др. [7, 10, 14]. В основном опубликованные работы касаются гипотиреоза и тиреотоксикоза во время беременности [8, 15]. Однако имеются лишь единичные сведения о других заболеваниях ЩЖ у беременных женщин [9, 11].

Цель исследования – определить спектр тиреоидных заболеваний у беременных женщин.

Материал и методы

Под наблюдением (в период с 2003-2011 гг.) находились 98 беременных женщин с различными тиреоидными заболеваниями в возрасте 20-43 лет ($28,7 \pm 0,46$ лет). После обязательного осмотра беременных женщин акушером-гинекологом и эндокринологом проводили

необходимые клинические и биохимические исследования крови. Содержание свободного тироксина, антител к тиреоидной пероксидазе, тиреоглобулину и рецептору тиреотропного гормона (ТТГ) определяли конкурентным колориметрическим методом. Уровень ТТГ в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом MICRO WELL TSH EIA, основанным на твердофазном анализе. Гормональные анализы проводили в лабораториях "Diagen Plus" и "Dialab". Морфологическую верификацию тиреоидных новообразований методом тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) осуществляли в лаборатории клинической патологии ЕГМУ им. М. Гераци.

Результаты и обсуждение

Структура заболеваний щитовидной железы у беременных женщин представлена в табл. 1. Очевидно, что у 36,7% беременных женщин с различными заболеваниями ЩЖ диагностированы тиреоидные новообразования.

Таблица 1

Структура заболеваний щитовидной железы у беременных женщин

Заболевания щитовидной железы	Количество наблюдений	
	абс.	%
Новообразования ЩЖ	36	36,7
Аутоиммунный тиреоидит	27	27,6
Диффузный эутиреоидный зоб	26	26,5
Диффузный токсический зоб	6	6,1
Состояние после тиреоидэктомии	3	3,1
Всего	98	100

Новообразования ЩЖ – собирательное понятие, включающее все очаговые образования щитовидной железы, имеющие капсулу, определяемые при пальпации или при помощи любого метода визуализации, характеризующиеся различными морфологическими признаками [1]. Эта группа заболеваний будет рассмотрена ниже.

У 27 беременных женщин с заболеваниями ЩЖ выявлен аутоиммунный тиреоидит. Более того, у 6 беременных женщин диагностировано другое аутоиммунное заболевание ЩЖ – диффузный токсический зоб. Таким образом, у 33,7% ($n=27+6=33$) с заболеваниями ЩЖ установлены аутоиммунные тиреоидные болезни. Высокая распространенность у беременных женщин аутоиммунных тиреопатий не может не настораживать. Известно, что угроза прерывания беременности в значительном проценте случаев встречается при аутоиммунном тиреоидите. Это согласуется с устоявшимся мнением и может быть объяснено тем, что антитиреоидные антитела, возможно, являются маркером генерализованной аутоиммунной дисфункции, в результате которой и происходит выкидыш [2].

Все же, справедливости ради, следует отметить, что на повышенную частоту встречаемости аутоиммунного тиреоидита во время беременности указывает ряд работ [7, 13].

У 26 беременных женщин с заболеваниями ЩЖ диагностирован диффузный эутиреоидный зоб. Значительная распространенность диффузного эутиреоидного зоба у беременных женщин не должна вызывать удивления, поскольку Республика Армения является йододефицитным регионом.

Отмеченная особенность подтверждает мнение, что беременность в условиях йодного дефицита является мощным зобогенным фактором и несет повышенный риск развития йододефицитных заболеваний [4].

Необходимо отметить, что наличие у беременной женщины эутиреоидного зоба позволяет отнести ее в группу риска по развитию осложнений, связанных с возможной гипотироксинемией. Установлено, что отрицательная взаимосвязь между уровнем ТТГ и свободного Т4 – доказательство сохранения адекватных отношений в тиреоидной системе при эутиреоидном состоянии у беременных с зобом [6].

Наконец, у 3 беременных женщин в различные сроки до беременности была выполнена тиреоидэктомия в связи с узловыми образованиями ЩЖ. Причем, у одной из них произведена тотальная, у 2 – субтотальная тиреоидэктомия.

Структура тиреоидных новообразований у беременных женщин с заболеваниями ЩЖ приведена в табл. 2.

В структуре тиреоидных новообразований у беременных женщин чаще всего выявляется узловый коллоидный зоб – 72.2%. Причем, он проявляется у 17 беременных женщин в виде одиночного образования, у 9 – множественного узлового поражения.

Представляет клинический интерес тот факт, что у 11.1% женщин до беременности не было тиреоидных новообразований; они манифестировали в первом триместре беременности.

Таблица 2

Структура тиреоидных новообразований у беременных женщин с заболеваниями ЩЖ

Тиреоидные новообразования	Количество наблюдений	
	абс.	%
Узловой коллоидный зоб	26	72,2
Фолликулярная аденома	4	11,1
Солитарная киста	4	11,1
Папиллярная карцинома	2	5,6
Всего	36	100

Данный факт может быть следствием гормональных и метаболических изменений в организме во время беременности, которые обуславливают значительную стимуляцию функции щитовидной железы [5].

В ряде работе по морфологической оценке установлена высокая распространенность узлового коллоидного зоба в структуре тиреоидных новообразований [7, 8].

У 4 беременных женщин тиреоидные новообразования были представлены в виде фолликулярной аденомы (ФА), у 4 – солитарной кисты. Диагноз ФА и солитарная киста верифицировался только после выполнения ТАБ.

Наконец, две женщины до беременности перенесли папиллярную карциному ЩЖ. В обоих случаях диагноз верифицирован гистологически на удаленном материале. В литературе имеются лишь единичные сообщения о беременных женщинах с папиллярными карциномами [1, 9, 11].

В указанном контексте считаем необходимым отметить, что частота рака ЩЖ, одного из наиболее распространенных эндокринных злокачественных опухолей, с 1972 по 2002 гг. возросла почти в 3 раза, причем в основном в результате увеличения частоты малых форм папиллярного рака. Установлено, что рак ЩЖ в большей степени затрагивает женщин, чем мужчин в соотношении почти 3 к 1. Кроме того, папиллярный рак оказался наиболее распространенной формой среди женщин детородного возраста, 10% из которых при диагностировании заболевания были либо беременны, либо в раннем

послеродовом периоде. Рак ЩЖ во время беременности создает серьезные диагностические и терапевтические проблемы как для беременной, так и для плода [16].

Таким образом, у 33.7% беременных женщин с заболеваниями ЩЖ выявлены тиреоидные аутоиммунные болезни (аутоиммунный тиреоидит; диффузный токсический зоб). Спектр тиреоидных новообразований у беременных женщин с заболеваниями ЩЖ представлен узловым коллоидным зобом, фолликулярной аденомой, солитарной кистой, папиллярной карциномой. У 26.5% беременных женщин с заболеваниями ЩЖ диагностирован диффузный эутиреоидный зоб.

Отмеченные выводы подтверждают, что своевременное выделение групп риска среди беременных по развитию патологии ЩЖ, ее диагностика и коррекция остаются актуальной проблемой современного акушерства.

Поступила 19.03.12

Թիրեոիդային հիվանդությունների սպեկտրը հղի կանանց մոտ

Ա.Գ. Հարությունյան, Կ.Գ. Ազատյան, Ս.Ա. Ներսեսյան, Հ.Ն. Կրնատյան

Հետազոտվել են թիրեոիդային տարբեր հիվանդություններ ունեցող 98 հղի կանայք: Նրանցից 36.7%-ի՝ թվով 36-ի մոտ հայտնաբերվել են թիրեոիդային տարբեր նորագոյացություններ՝ կոլոիդ խալիպ (26), վահանաձև գեղձի ֆոլիկուլյար ադենոմա (4), բուշտ (4), պապիլյար կարցինոմա (2): Վահանաձև գեղձի այլ հիվանդություններից ախտորոշվել են աուտոիմուն թիրեոիդիտ 27 հոգու մոտ, դիֆուզ էութիրեոիդ խալիպ՝ 26, դիֆուզ տոքսիկ խալիպ՝ 6, վիճակ թիրեոիդէկտոմիայից հետո 3 հոգու մոտ:

Spectrum of thyroid diseases in pregnant women

A.G. Harutyunyan, A.G. Azatyan, S.A. Nersesyan, H.N. Krnatyan

98 pregnant women with different thyroid diseases were investigated. In 36.7% (n=36) of them there were detected different thyroid tumors: colloidal goiter (n=26), follicular adenoma (n=4), cyst (n=4), papillary carcinoma of thyroid gland (n=2). From other thyroid gland

diseases we diagnosed the following: autoimmune thyroiditis (n=27), diffuse euthyroid goiter (n=6), state after thyroidectomy (n=3).

Литература

1. Клинические рекомендации Американской тиреоидологической ассоциации по диагностике и лечению узлового зоба. Клиническая и экспериментальная тиреоидология, 2006, т. 2, 1, с. 9-15.
2. Мельниченко Г.А., Фадеев В.В., Дедов И.И. Заболевания щитовидной железы во время беременности: диагностика, лечение, профилактика. Пособие для врачей. М., 2003.
3. Павлова Т.В., Рябых Р.В., Петрухин В.А., Павлова Л.А. Влияние патологии щитовидной железы матери на формирование взаимосвязей в системе мать-плацента-плод. Архив патологии, 2006, т. 68, 4, с. 22-24.
4. Петрова В.Н., Абдулхабирова Ф.М., Петрова С.В и соавт. Оценка тяжести зобной эндемии среди беременных в регионе природного йодного дефицита. Клиническая и экспериментальная тиреоидология, 2005, т.1, 1, с. 29-31.
5. Трошина Е.А. Профилактика дефицита йода у беременных и кормящих женщин. Гинекология, 2005, т. 7, 4, с. 21-26.
6. Трошина Е.А. Гипотиреоз и беременность: общие принципы диагностики и лечения. Гинекология, 2006, т. 8, 2, с. 43-47.
7. Фундаментальная и клиническая тиреоидология (руководство). М., 2007.
8. Эндокринология: национальное руководство. Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М., 2008.
9. American Joint Committee on Cancer. Thyroid. AJCC Cancer Staging Handbook. 6th ed. New York: Springer, 2002, p. 89-98.
10. Anselmo J., Cao D., Karrison T. et al. Fetal loss associated with excess thyroid hormone exposure. JAMA, 2004, vol. 292, p. 691-695.
11. Braverman L. Disease of thyroid. Humana Press, 2003.
12. Burns R., O'Herlihy C., Smyth P.P. The placenta as a compensatory iodine storage organ. Thyroid, 2011, vol. 21, 5, p. 541-546.
13. Dallas J.S. Autoimmune thyroid disease and pregnancy. Autoimmunity, 2003, vol. 36, 6-7, p. 339-350.
14. Karger S., Fuhrer-Saker D. Thyroid disease and pregnancy. Med. Klin. (Munich), 2009, vol. 104, 6, p. 450-456.
15. La Franchi S.H., Haddow J.E., Hollowel J.G. Is thyroid inadequacy and development outcomes? Thyroid, 2005, vol.15, p. 60-71.
16. Mazzaferrri E.L. Approach to the pregnant patient with thyroid cancer. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2011, vol. 96, 2, p.265-272.