

С.М. Черненко, д.м.н., професор, М.С. Черненко, к.м.н., Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ

Особливості ведення вагітних із патологією щитоподібної залози

Загальновідомо, що вагітність істотно впливає на стан та функцію щитоподібної залози (ЩЗ), адже продукція тиреоїдних гормонів і потреба у йоді збільшуються більш ніж на 50% у першому триместрі. У подальшому це може призвести до гіпотиреозу серед жінок із дефіцитом йоду, навіть серед жінок із нормальною функцією ЩЗ у першому триместрі вагітності. Доведено, що дисфункція ЩЗ (як гіпотиреоз, так і тиреотоксикоз) у матері може спричинити спонтанний аборт, передчасні пологи, еклампсію та відшарування плаценти. Було опубліковано декілька наукових праць, присвячених проблемі зниження інтелекту у дітей, народжених від матерів із гіпотиреозом. У багатьох дослідженнях вивчався вплив тиреоїдного статусу жінки на вагітність та плід, однак і досі залишаються дискусійними деякі аспекти лікування патології ЩЗ під час вагітності.



С.М. Черненко

У 2011 та 2012 роках було опубліковано два консенсуси відповідно Американської тиреоїдної асоціації та Європейської асоціації ендокринологів стосовно ведення вагітних із різноманітною патологією ЩЗ. У 2010 році оприлюднено спільні настанови Американської асоціації клінічних ендокринологів, Італійської асоціації ендокринологів та Європейської тиреоїдної асоціації щодо ведення пацієнтів із вузлами в ЩЗ, у тому числі на тлі вагітності. Саме на ці публікації мають спиратися ендокринологи, акушери-гінекологи та ендокринні хірурги під час ведення таких пацієнток.

Лабораторні тести під час вагітності та їх оцінка

Рівень тиреотропного гормону (ТТГ) значно знижується під впливом плацентарного хоріонічного гонадотропіну, не перевищуючи 2,5 мМО/мл у першому триместрі.

З огляду на значні зміни, що відбуваються у ЩЗ із настанням вагітності, результати здорових вагітних і невагітних жінок можуть істотно знизитися. Саме тому виникла потреба у специфічних нормах не лише для всього цього періоду, а й для кожного триместру окремо. Звичайно, найбільше це стосується визначення рівня ТТГ та вільного тироксину (вТ4) як найбільш застосовуваних тестів. Під час вагітності рівень тиреоглобуліну збільшується, а альбуміну — зменшується, що може значно впливати на загальні рівні тиреоїдних гормонів. У середньому нормальний рівень ТТГ знижується на 0,1-0,4 для нижньої межі норми та на 1,0 для верхньої і може варіювати в різних лабораторіях. Однак якщо лабораторія не встановлювала власні норми, то необхідно використовувати норми, наведені нижче: 0,1-2,5 мМО/мл — для першого, 0,2-3,0 мМО/мл — для другого та 0,3-3,0 мМО/мл — для третього триместру.

Не беручи до уваги вплив порушення функції ЩЗ на вагітність, обидва консенсуси не рекомендують тотальний скринінг рівня тиреоїдних гормонів у першому триместрі. Рівень ТТГ визначають лише у групі ризику наявності патології ЩЗ, а саме: у разі анамнезу патології ЩЗ або оперативного втручання на ЩЗ, у жінок віком понад 30 років, за наявності зоба або симптомів патології ЩЗ, позитивних рівнів антитіл до тиреоїдної пероксидази, у хворих на цукровий діабет 1 типу або інші аутоімунні захворювання, за наявності в анамнезі невиношування або передчасних пологів, опромінення ділянки голови та шиї, у разі сімейного анамнезу патології ЩЗ, при ожирінні 3 ступеня і вище (індекс маси тіла >40 кг/м²), у разі лікування препаратами амідарону чи літію, нещодавнього призначення йодованого радіологічного контрасту, безпліддя, проживання в регіоні з вираженим йодним дефіцитом.

Слід зауважити, що ця група ризику, на наш погляд, включає переважно більшість вагітних в Україні та може лише заплутати акушерів-гінекологів. Тому визначення рівня ТТГ в Україні має бути рекомендоване кожній вагітній у першому триместрі або на момент першого звернення.

У зв'язку зі значним зростанням концентрації тироксинзв'язуючих глобулінів рівні

загального тироксину та трийодтироніну значно підвищуються з перших тижнів вагітності і можуть збільшуватися в 1,5 раза від верхньої межі популяційної норми. Рівень вільного тироксину може бути неправильно інтерпретований унаслідок інтерференції з високими рівнями тироксинзв'язуючих глобулінів.

У 10-20% жінок з еутиреозом у першому триместрі визначаються позитивні антитіла до тиреоїдної пероксидази або тиреоглобуліну. З них у 16% ТТГ перевищуватиме 4 мМО/мл у третьому триместрі та у 33-50% розвинеться післяпологовий тиреоїдит.

Підвищення рівня антитиреоїдних антитіл (антитіла до тиреопероксидази та тиреоглобуліну) асоціюється з підвищеним ризиком спонтанних абортів та невиношуванням плода. Однак на сьогодні не існує досліджень, які б доводили ефективність лікування таких жінок лівотироксидом або іншими препаратами, а отже, скринінг усіх вагітних на наявність цих антитіл вважають недоцільним.

Гіпотиреоз і вагітність

Згідно з останніми консенсусами гіпотиреоз діагностують у разі рівня ТТГ, що перевищує 2,5 мМО/мл, та зниженого рівня вТ4 або рівня ТТГ понад 10 мМО/мл, не беручи до уваги рівень вільного тироксину. Проміжні стани (ТТГ 2,5-10 мМО/мл та вТ4 в межах норми) розцінюють як субклінічний гіпотиреоз.

Гіпотиреоз виникає у близько 0,5% вагітних, а основною його причиною є аутоімунний тиреоїдит (Хашимото). З огляду на те, що гіпотиреоз асоціюється зі значно підвищеними ризиками впродовж вагітності (до 60% — спонтанне переривання вагітності) та зниженням нейрокогнітивного розвитку плода, рання діагностика і початок лікування є вирішальними та необхідними.

Препаратом вибору є лівотироксин, а метою — нормалізація ТТГ у межах, що відповідають нормальним для кожного триместру. Для пацієнтів, які вже отримували лікування з приводу гіпотиреозу до настання вагітності, дозу лівотироксину має поступово збільшуватися на 20-50%, починаючи з перших 4-6 тижнів гестації до 16-20 го тижня, після чого вона зазвичай стабілізується.

В одному з досліджень було доведено ефективність підвищення дози лівотироксину на 30% одразу після підтвердження настання вагітності. Дозу збільшували шляхом додавання 2 додаткових таблеток того самого дозування на тиждень (Yassa L. et al., 2010).

Контроль ТТГ слід проводити кожні 4 тижні в першій половині вагітності та принаймні 1 раз між 26-м і 32-м тижнями. Після пологів дозу лівотироксину може бути зменшена до попередньої, а контроль ТТГ виконаний через 6 тижнів.

Дані щодо необхідності лікування препаратами лівотироксину субклінічного гіпотиреозу різняться та залежать від наявності тиреоїдних антитіл. Згідно з останніми консенсусами лікування потребують лише жінки з позитивними антитілами до ЩЗ, інших вагітних із субклінічним гіпотиреозом слід спостерігати принаймні

кожні 4 тижні до 16-20 го тижня вагітності та принаймні 1 раз між 26-м і 32-м тижнями.

Гіпертиреоз та вагітність

За даними останніх консенсусів, найпоширенішою причиною аутоімунного гіпертиреозу є хвороба Грейвза (дифузний токсичний зоб), що виникає в 0,1-1% усіх вагітностей, тоді як серед неаутоімунних причин перше місце посідає гестаційний гіпертиреоз (1-3%).

Гестаційний гіпертиреоз визначається як транзиторний гіпертиреоз, що характеризується підвищенням рівня вТ4 та зниженням — ТТГ на тлі відсутності маркерів аутоімунного захворювання, обмежується лише першим триместром та зумовлений підвищеними рівнями хоріонічного гонадотропіну. Може супроводжуватися hyperemesis gravidarum (виражена нудота та блювання із втратою понад 5% ваги та кетонурією). Для диференційної діагностики цих найбільш поширених причин гіпертиреозу використовують дані анамнезу, клінічної картини, огляду та **найбільш чутливий маркер — рівень антитіл до рецептора ТТГ. Встановлення правильного діагнозу в цьому випадку є вкрай важливим, адже гестаційний гіпертиреоз не потребує призначення антитиреоїдних препаратів, а гормональний рівень стабілізується самостійно до 14-18 тижнів гестації.** Лікування полягає в корекції водно-електролітичних порушень та симптоматичній терапії за наявності hyperemesis gravidarum. Антитиреоїдні препарати можуть призначитися коротким курсом лише у тяжких випадках, коли встановлення діагнозу є сумнівним.

Вважається, що субклінічний гіпертиреоз будь-якого походження (рівень ТТГ менший, ніж триместр-специфічні норми, на тлі нормальних рівнів вТ4) не потребує лікування впродовж усієї вагітності.

Жінки із хворобою Грейвза, що планують вагітність, мають перебувати у стані еутиреозу, який може бути досягнутий будь-яким традиційним способом. У разі лікування радіоактивним йодом тест на вагітність має бути виконаний до лікування, а зачаття відкладене принаймні на 6 міс після проведеного курсу лікування та стабільного досягнення еутиреозу.

Хірургічне лікування в обсязі тиреоїдектомії має бути запропоноване жінкам із високими титрами антитіл до рецептора ТТГ, що планують вагітність у найближчі 2 роки, адже цей вид лікування сприятиме їх більш швидкому зниженню та гарантованому подоланню захворювання.

У разі медикаментозного лікування хвороби Грейвза необхідно пояснити пацієнтці можливі ризики застосування антитиреоїдних препаратів, а також переваги використання пропілтіоурацилу у першому триместрі, а метимазолу/тіамазолу (в Україні зареєстровано тіамазол під назвою Тирозол у дозуваннях 10 мг та 5 мг) — у другому і третьому триместрах.

Загалом антитиреоїдні препарати мають добру переносимість і високу ефективність. Побічні ефекти виникають у 3-5% випадків та мають найчастіше алергічний характер (висип, свербіж). Найбільші сумніви під час лікування цими препаратами

пов'язані з тератогенними ефектами, адже всі вони добре проникають через плаценту. Найчастіше можуть виникати шкірна аплазія, атрезія хоан і стравоходу, дисморфізм обличчя. Ці мальформації не були описані у разі застосування пропілтіоурацилу, який саме тому залишається препаратом вибору для першого триместру. Однак з огляду на його гепатотоксичність та описані випадки фульмінантного гепатиту рекомендовано перехід на препарати метимазолу/тіамазолу у другому та третьому триместрах. Моніторинг печінкових ферментів є вкрай необхідним, однак немає опублікованих даних стосовно того, що він може попередити розвиток гепатиту. Зазвичай початкові дози для пропілтіоурацилу становлять 50-300 мг, а метимазолу/тіамазолу — 5-15 мг/добу (100 мг пропілтіоурацилу відповідають 7,5-10 мг метимазолу/тіамазолу). Європейський консенсус дозволяє використовувати метимазол/тіамазол упродовж усієї вагітності за умови відсутності пропілтіоурацилу або наявності інших факторів (побічні ефекти, недостатня ефективність тощо), а також рекомендує клінічний підхід до кожного випадку, що потребує заміни препарату.

Комбінація антитиреоїдних препаратів із препаратами лівотироксину не рекомендована з огляду на більш високі дози метимазолу/тіамазолу та пропілтіоурацилу, що використовуються, і більший негативний вплив на плід.

Бета-блокатори (пропранолол, метопролол) можна застосовувати для контролю метаболічних симптомів у невеликих дозах декілька разів на добу, з поступовим зменшенням дози залежно від клінічної картини та відміною препарату за 2-6 тижнів. Тривале використання бета-блокаторів асоціюється із затримкою росту плода, розвитком у нього брадикардії та неонатальної гіпоглікемії.

Метою лікування хвороби Грейвза під час вагітності є досягнення рівня вільного тироксину у межах або незначно вище норми із застосуванням найменших доз антитиреоїдних препаратів. Контроль рівня ТТГ і вТ4 необхідно здійснювати кожні 2-4 тижні на початку лікування та кожні 4-6 тижнів після досягнення бажаного результату. Слід підкреслити, що у таких пацієнток рівень ТТГ може бути нижчим, ніж нижня межа визначення протягом усієї вагітності. Клінічний перебіг хвороби Грейвза має тенденцію до погіршення у першому та покращення — у наступних триместрах. Інколи можливою є навіть відміна лікування наприкінці вагітності.

Тиреоїдектомія має бути запропонована пацієнткам з алергією чи непереносимістю метимазолу/тіамазолу і пропілтіоурацилу, у разі потреби у високих дозах цих препаратів та у випадках відсутності комплаєнсу у вагітних. Найкращим періодом для виконання оперативного втручання є другий триместр. Підготовка до операції може включати застосування розчину калію йодиду (50-100 мг/добу) і бета-блокаторів. На момент операції бажано визначити титр антитіл до рецептора ТТГ для оцінки ризику виникнення гіпертиреозу у плода.

Продовження на стор. 35.

С.М. Черненко, д.м.н., професор, М.С. Черненко, к.м.н., Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ

Особливості ведення вагітних із патологією щитоподібної залози

Продовження. Початок на стор. 33.

Основні ризики для пацієнок з активною хворобою Грейвза пов'язані з розвитком фетального чи неонатального гіпертиреозу, а також центрального транзитного гіпотиреозу (може виникати у випадках поганого контролю гіпертиреозу у матері впродовж вагітності). Гіпотиреоз (фетальний чи неонатальний) може бути наслідком надлишкових доз антигіпертиреозних препаратів, що застосовуються. Ризик розвитку гіпертиреозу у плода або новонародженого становить 1-5% та корелює з титром антитіл до рецептора ТТГ на 22-28-му тижні вагітності. Випадки трикратного підвищення вимагають особливо ретельного моніторингу акушерами-гінекологами та неонатологами, а саме визначення необхідності виконувати у всіх матерів із хворобою Грейвза в анамнезі. Таким пацієнткам обов'язково проводять ультразвукографічне обстеження плода для виявлення тахікардії плода (частота серцевих скорочень >170 уд/хв протягом понад 10 хв), затримки внутрішньоутробного росту, визначення кількості амніотичної рідини та наявності збільшення ЩЗ. Використання кордоцентезу не рекомендують у зв'язку з високими ризиками, з якими асоціюється ця маніпуляція.

Основними причинами тиреотоксикозу у післяпологовому періоді є післяпологи тиреоїдит (4,1%) та хвороба Грейвза (0,2%). Гіпертиреозна фаза тиреоїдиту виникає зазвичай упродовж перших 6 міс після пологів, як правило, переходить у гіпотиреоїдну фазу із поверненням до еутиреозу протягом одного року. Для лікування хвороби Грейвза в період лактації препаратом першого вибору є метимазол/тіамазол, середні дози якого (20-30 мг/добу) вважаються безпечними для дитини, якщо приймаються декілька разів на добу та після годування дитини.

Післяпологовий тиреоїдит (ПТТ) перебігає у класичній формі тільки у 25% випадків, має лише тиреотоксичну фазу – у 32% та гіпотиреозну – у 43%, причому 10-20% пацієнток з останньої групи матимуть постійний гіпотиреоз. Це захворювання належить до аутоімунних та відображає реактивацію імунної системи після подовженого періоду супресії під час вагітності. ПТТ характеризується наявністю антитіл до тиреоглобуліну та тиреопероксидази і виникає у 33-50% жінок із позитивними рівнями цих антитіл у першому триместрі. Середня частота цього стану становить 8,1% та коливається від 1,1 до 16,7%, за даними різних учених. Підвищений ризик мають жінки з іншими аутоімунними захворюваннями – цукровим діабетом 1 типу (25%), системним червоним вовчаком (14%), хворобою Грейвза в анамнезі (44%), хронічним вірусним гепатитом (25%). Імовірність повторного виникнення ПТТ під час наступних вагітностей після повернення до стану еутиреозу становить майже 70%. Було опубліковано декілька досліджень щодо взаємозв'язку між ПТТ і післяпологовою депресією, однак більшу кореляцію має рівень антитіл, аніж гормонів. Втім, визначення тиреоїдного статусу рекомендують усім жінкам із післяпологовою депресією. **З огляду на деструктивний характер процесу, що виникає в залозі під час ПТТ, використання антигіпертиреозних препаратів не показане.** За наявності виражених симптомів тиреотоксикозу (що спостерігається вкрай нечасто) рекомендовано застосування бета-блокаторів (пропранолол) у найменших дозах (20-30 мг/добу) упродовж нетривалого періоду. Після закінчення тиреотоксичної фази рівень ТТГ необхідно вимірювати принаймні кожні 2 міс протягом першого року після пологів для діагностики гіпотиреозу. Якщо гіпотиреоз виникає, то

рівень ТТГ контролюють кожні 4-8 тижнів, а лікування лівотироксидом починають за наявності симптомів та/або бажання завагітніти, за умови продовження лактації. Дозу лівотироксиду намагаються поступово зменшувати через 6 міс після початку лікування. Контроль ТТГ слід здійснювати кожній жінці з ПТТ через 1 рік після пологів для виявлення випадків залишкового гіпотиреозу. **Будь-яке лікування жінок із позитивними тиреоїдними антитілами у першому триместрі є неефективним для попередження ПТТ, а його застосування – недоцільне.**

Йогне забезпечення під час вагітності та лактації

Добова потреба у йоді вагітних значно зростає, що пояснюється підвищенням синтезом тиреоїдних гормонів, збільшенням екскреції йоду із сечею та, власне, потребами плода. У жінок, які не мають дефіциту йоду до вагітності та проживають у регіонах із достатнім йодним забезпеченням, зазвичай не відбуваються зміни у йодному та тиреоїдному статусі впродовж вагітності. Однак вагітні, які проживають у регіонах навіть із незначним дефіцитом йоду, здебільшого вичерпують власні запаси до третього триместру, що може призвести до гіпотиреозу. Індивідуальне визначення екскреції йоду із сечею не є дуже вірогідним через підвищення виведення йоду під час вагітності та значні доводи коливання цього виведення. Було доведено, що значний дефіцит йоду призводить до підвищення ризику переривання вагітності, завмирання плода, зростання показників перинатальної та дитячої смертності, а також до значного зниження когнітивної функції і кретинізму.

Рекомендована ВООЗ доза йоду на період вагітності та лактації має становити 250 мкг/добу, однак не має перевищувати 500-1000 мкг, щоб не спричинити гіпотиреоз плода.

Вузловий зоб і рак щитоподібної залози

Частота вузлової патології ЩЗ, за різними даними, коливається від 3 до 21% та значно підвищується (з 9,4 до 33,9%) зі зростанням кількості вагітностей у жінки. Розміри більше половини вузлів збільшуються удвічі впродовж вагітності, однак зазвичай повертаються до попередніх значень після пологів. Частота виявлення злоякісних новоутворень ЩЗ значно різниться за даними літератури та здебільшого відображає лише популяційні вагітні жінок із підозрілими вузлами, яких направляють у високоспеціалізовані центри.

Доброякісні вузли не потребують лікування впродовж вагітності.

Протокол обстеження вагітної жінки майже не відрізняється від такого в загальній популяції. Збір анамнезу, клінічне обстеження, визначення рівнів ТТГ, вТ4, ультразвукове дослідження є обов'язковими. Визначення рівня кальцитоніну згідно зі світовими рекомендаціями не є рутинною процедурою, однак це пояснюється лише економічним аспектом. Пентагастриновий тест стимуляції кальцитоніну протипоказаний під час вагітності. Пункційна біопсія вважається безпечною маніпуляцією у будь-якому триместрі та має застосовуватися для всіх підозрілих вузлів.

Для жінок, які проходили лікування з приводу раку ЩЗ до настання вагітності та отримують замісну або супресивну терапію лівотироксидом, деякі зміни в лікуванні можуть здійснюватися залежно від групи ризику. Однозначно всі вагітні з персистуючим захворюванням повинні мати рівень ТТГ <0,1 мкМО/мл, у пацієнток із високим ризиком рецидиву рівень ТТГ має утримуватися в межах 0,1-0,5 мкМО/мл, із низьким ризиком – 0,3-1,5 мкМО/мл. Рівень ТТГ слід контролювати кожні 4 тижні

в перші 16-20 тижнів та принаймні один раз між 26-м і 32-м тижнями.

Висока захворюваність на рак ЩЗ (в Україні – 6 випадків на 100 тис. населення, у Києві – 12-14 випадків на 100 тис. населення) та переважна його поширеність серед жінок репродуктивного віку зумовлюють високу імовірність виявлення тиреоїдного раку під час вагітності. Частота виявлення раку ЩЗ протягом вагітності незначно відрізняється від загальної захворюваності в популяції згідно з даними американських дослідників (3,3-14,4 випадку на 100 тис. населення), а сама вагітність мало впливає на прогноз захворювання (лише поодинокі роботи вказують на можливий негативний вплив стимуляції α -естрогенових рецепторів, що експресуються у злоякісних пухлинах ЩЗ вагітних).

Лікування раку ЩЗ на тлі вагітності потребує змін у звичайній терапевтичній схемі, які пов'язані з відносною безпечністю виконання хірургічного етапу лікування тільки протягом другого триместру (у разі виявлення диференційованого раку ЩЗ під час третього триместру операцію зазвичай відкладають на післяпологовий період), неможливістю проведення радіологічного етапу лікування до завершення вагітності, застосуванням лише фізіологічних доз гормону тироксину. **Призначення радіоактивного йоду одразу після пологів робить неможливим материнське грудне годування немовлят та небезпечними контакти матері і дитини протягом 10-15 днів після опромінення.**

Сучасні протоколи лікування високодиференційованого раку ЩЗ, підтримані фаховими асоціаціями світу, насамперед США та Європейського Союзу, передбачають стратифікацію хворих на три групи ризику рецидивів і смерті (дуже низький, низький та високий ризики – за рекомендаціями Європейської тиреоїдної асоціації (ЕТА), або низький, проміжний та високий – за рекомендаціями Американської тиреоїдної асоціації (АТА) з більш жорсткими критеріями щодо формування групи низького ризику у Європі) та проведення в більшості випадків комбінованого лікування, а саме: хірургічного етапу лікування (тотальна тиреоїдектомія з центральною або, у разі необхідності, й латеральною дисекцією ший) через 4-6 тижнів (термін, необхідний для досягнення штучного тяжкого гіпотиреозу) – радіологічного етапу із застосуванням аблятивної дози радіоактивного йоду-131 (за винятком груп дуже низького ризику за ЕТА та низького ризику за АТА) і подальшим тривалим лікуванням надлишковими дозами лівотироксину. Метою лікування є позбавлення пацієнта всіх клітин ЩЗ та пухлин (метастазів) тиреоїдного походження. Об'єктивним критерієм досягнення такого результату є відсутність або вкрай низький рівень (<0,1-0,3 нг/мл, за деякими настановами – <1 нг/мл) специфічного для тиреоцитів протеїну – тиреоглобуліну – у крові пацієнтів через 6-12 міс після лікування (за умови нормального рівня антитіл до тиреоглобуліну) та осередків пухлинної тканини на шії за даними ультразвукового дослідження і радіоізотопного сканування. Динаміка спонтанного руйнування та виведення тиреоглобуліну з крові людини потребує від 3 до 6 міс для об'єктивної оцінки дійсної сироваткової концентрації цього протеїну.

Схема лікування диференційованого раку ЩЗ під час вагітності зазвичай передбачає виконання хірургічної операції протягом другого триместру вагітності з відтермінуванням радіологічного етапу лікування на післяпологовий період, або спостереження за ростом пухлини і у разі її стабільності та відсутності метастазів – перенесення операції на період після пологів.

Докази негативного впливу хірургічної операції на стан матері і плода в літературі не наводяться. З урахуванням необхідності у відновленні загального стану жінки після пологів можливість проведення курсу радіоїод-терапії з'являється не раніше, ніж через 4-7 міс після тиреоїдектомії. За цей час створюються умови для об'єктивної сучасної діагностики наявності прихованих метастазів раку ЩЗ або рецидиву пухлини

КРУГЛИЙ СТОЛ

шляхом визначення рівня сироваткового тиреоглобуліну та сонографії ший.

За стандартним протоколом лікування раку ЩЗ, навіть за відсутності метастазів у разі діаметра пухлини понад 1 см рекомендовано доповнювати хірургічну операцію радіоїод-терапією у термін не пізніше 6 тижнів після тиреоїдектомії, а через 6 міс – очікувати зменшення рівня сироваткового тиреоглобуліну до нижньої межі визначення (зазвичай між 1 та 0,1-0,3 нг/мл). Однак у разі проведення хірургічного лікування раку під час вагітності лікарі мають можливість визначити динаміку змін концентрації сироваткового тиреоглобуліну протягом перших 3-6 міс після втручання (у тому числі – невдовзі після пологів). Тому для пацієнток з неінвазивним раком ЩЗ, у яких не були виявлені метастази в регіональних лімфатичних вузлах ший під час операції, а рівень тиреоглобуліну через 1-3-6 міс після операції поступово знижувався та досяг гранично-низьких значень, на нашу думку, цілком доцільним виглядає рішення про відмову від подальшої радіоїод-терапії, оскільки вже були досягнуті біохімічні критерії одужання (близький до нульового рівень тиреоглобуліну в крові, нормальний рівень антитіл до тиреоглобуліну) за умови відсутності ознак рецидиву чи метастазів за даними сонографії.

Таким чином, застосування запропонованого алгоритму обрання способу лікування дозволяє уникнути небажаних наслідків підготовки до радіоїод-терапії (тяжкий тривалий гіпотиреоз, який є умовою активного накопичення йоду тиреоцитами) та непотрібного опромінення як усього організму, так і окремих найбільш вразливих органів (яєчників, молочних залоз, слинних залоз, сечового міхура) для значної частини пацієнток, багато з яких планують і наступні вагітності. У клініці Українського НПЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України було проведено дослідження за участю 47 вагітних з диференційованим раком ЩЗ (1,5% від усіх оперованих пацієнток з тиреоїдним раком), для 20 з яких було прийнято рішення відмовитися від проведення радіоізотопного лікування після пологів за сукупністю клініко-лабораторних даних.

Запропонований спосіб лікування хворих на диференційований рак ЩЗ $T_1-2N_0M_0$, що був виявлений у вагітних жінок та пролікований протягом другого триместру хірургічно в обсязі тотальної екстрафасціальної тиреоїдектомії з центральною (латеральною) дисекцією ший, дозволяє уникнути надлишкового застосування радіоактивного йоду в післяпологовому періоді на підставі реєстрації через 3-6 міс після операції вкрай низького рівня базального та стимульованого (через 12 міс) сироваткового тиреоглобуліну та для 40% пацієнток зменшити ризики для здоров'я, життя, подальших вагітностей, пов'язані з опроміненням і тривалим штучним гіпотиреозом, забезпечити можливість повноцінного грудного годування новонароджених.

Водночас висока частота виявлення регіонарних метастазів за папілярного раку ЩЗ у вагітних (49% у нашій серії спостережень) вимагає ретельного передопераційного та інтраопераційного виключення можливого ураження лімфатичних вузлів ший метастазами шляхом сонографії та профілактичної центральної (а за показаннями – і латеральної) дисекції ший. Це дасть змогу не тільки виконати радикальну операцію з першого разу, а й правильно стадіювати хворобу і мати підстави рекомендувати пацієнткам щадний режим лікування з відмовою від радіоїод-терапії або раціональне комбіноване лікування.

З огляду на повільний розвиток диференційованого раку ЩЗ, можливість виникнення рецидивів і через 10-15 років після операції моніторинг хворих, які отримували лікування з приводу раку ЩЗ, має носити постійний характер з поступовим пом'якшенням режиму контролю, але тривати довго.

EUTH-FPA-062014-012

3