

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Возовик А.В.,

кандидат мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава, НПЦ «Бонум»

Васьков В.М.,

кандидат мед. наук, доцент кафедры терапии №1 с курсом эндокринологии лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава

Коновалов В.И.,

доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава

Охрана репродуктивного здоровья женщины, плода и новорожденно-го является одной из приоритетных задач государства, что находит свое отражение в государственной программе «Безопасное материнство». При эндокринных заболеваниях у женщин, влияющих на репродуктивную функцию, повышается риск перинатальных заболеваний и потерь. Поэтому исследования особенностей течения беременности, исходов родов и прогнозирование риска для плода и новорожденного при эндокринных заболеваниях матери актуальны. Одними из самых распространенных эндокринопатий являются заболевания щитовидной железы.

С целью своевременной диагностики характера опухоли необходим тщательный диагностический поиск при любом узловом образовании в щитовидной железе у беременных, так как доказан пролиферирующий эффект плацентарных гормонов. Это может быть связано с повышением в крови уровня хорионического гонадотропина, который обладает способностью стимулировать щитовидную железу.

Под нашим наблюдением находилось 159 беременных: I группа (n=52) – беременные, прооперированные по поводу узлового образования щитовидной железы во время наблюдаемой беременности, II группа (n=57) – беременные, лечившиеся по поводу узлового зоба при беременности консервативно. Контрольную группу составили 50 практически здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью (Iв группа по ВОЗ). Обследование всех беременных проводили согласно «Отраслевым стандартам объемов исследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии». В изучаемых группах все женщины были сопоставимы по сроку беременности, возрасту, сопутствующей патологии, паритету, акушерскому и гинекологическому анамнезу.

Оперативное лечение проводилось в хирургическом эндокринологическом отделении ГКБ №40 преимущественно во 2 триместре беременности (в сроке 20-26 недель), так как в это время почти закончены процессы миграции плаценты и наименее вероятно развитие преждевременных родов.

Объем оперативного вмешательства зависел от размеров узлового образования, результатов пункционной биопсии и локализации узла в щитовидной железе.

Доля коллоидного зоба составила в I группе (по данным пункционной биопсии) 75% (39 пациенток), во II группе – 78,9% (45 человек). По данным Эндокринологического научного центра РАМН (2001 год) на долю «узлового коллоидного в разной степени пролиферирующего зоба приходится 60-75% от всех узловых образований в щитовидной железе». Наши данные у беременных сопоставимы с таковыми в популяции.

В ходе оперативного вмешательства на щитовидной железе выполнялось срочное гистологическое исследование полученных тканевых щитовидной железы, а затем плановое гистологическое исследование.

Необходимо отметить, что общая доля рака составила 21,2% (11 пациенток). Общая доля узлового коллоидного в разной степени пролиферирующего зоба по данным гистологического исследования составила 55,8% (29 беременных). По данным пункционной биопсии верификация злокачественного процесса меньше в два раза по сравнению с гистологическим исследованием. Вероятно, это связано с трудностями, возникающими в ходе проведения пункционной биопсии: материал можно получить только из зоны укола, возможно получение неинформативного материала, труднодоступное расположение узла, попадание иглы в кровеносный сосуд и т. д.

По литературным данным доля рака щитовидной железы у беременных в популяции различна. По одним данным – 39% среди узлов ЦЖ, по другим – 43%, а в общей популяции – 10-12%. По данным П.А.Сингер (24 000 биопсий, выполненных в 14 медицинских центрах) заключения тонкоигольной пункционной биопсии (ТПБ) были следующие: доброкачественный узел – 53-90%, злокачественный – 1-18%, неинформативность ТПБ – 2-21%. По нашим исследованиям данные ТПБ у беременных соответствуют данным ТПБ в популяции.

В послеоперационном периоде всем беременным назначался препарат «Утрожестан» в дозе 1 капсула (100 мг) 2-3 раза в день в течение 14 дней для профилактики угрозы прерывания беременности. На фоне проведенной терапии ни у одной беременной не произошло преждевременного прерывания беременности.

Таким образом, при беременности среди узловых поражений щитовидной железы наиболее часто встречается узловой коллоидный пролиферирующий зоб (по данным гистологического исследования). Частота рака щитовидной железы в нашем исследовании составила 21,15%, что выше общей встречаемости рака щитовидной железы в популяции в два раза (10% по данным различных исследований). По нашим данным операция на щитовидной железе не оказывает неблагоприятного влияния на развитие плода и новорожденного. У нас не наблюдалось ни одного случая выкидыша после оперативного лечения узлового зоба.

Возвик Анастасия Владимировна, 1971 г.р., руководитель гинекологической службы НПЦ «Бонум». Защита состоялась в г.Челябинске 29 июня 2004 года, научный руководитель – Коновалов В.И. Продолжа-

ет работать над докторской диссертацией с рабочим названием «Заболевания щитовидной железы и беременность».

РАЗВИТИЕ ЭНДОКРИННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ НА УРАЛЕ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

Звычайный М.А.,

доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздздрва

Воронцова А.В.,

кандидат мед. наук, акушер-гинеколог, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздздрва

Современный этап развития медицинских и биологических наук характеризуется все большим проникновением эндокринологии в различные частные дисциплины. Гинекологическая эндокринология в последние годы получила значительное развитие. От курьезных цирковых демонстраций различного рода «женщин с бородой» и «мужчин с молочными железами» мы за несколько последних десятилетий перешли к глубокому пониманию механизмов, определяющих половую дифференцировку, половое созревание и процессы размножения.

Расширение информации по регуляции менструальной функции, создание новых классификаций эндокринных нарушений в гинекологии, разработка более детальных схем патогенеза дало возможность для применения в клинической практике эффективных гормональных препаратов и немедикаментозных средств. Перечисленные достижения превратили гинекологическую эндокринологию в один из ведущих, фундаментальных разделов гинекологии, который находится на стыке теоретических и практических медицинских дисциплин.

Известно, что особенный рост частоты гиперпластических процессов репродуктивной системы (миомы матки, аденомиоза, гиперплазии эндометрия, мастопатии) отмечается у женщин в перименопаузе, когда в результате сложившихся гормональных взаимоотношений создаются предпосылки для возникновения не только монополических гиперпластических процессов, но и одновременного поражения ими практически всех органов репродуктивной системы.

Вероятность влияния с помощью различных гормональных препаратов на процессы роста и развития миомы матки, так же, как и на сопутствующие ей патологические процессы в эндо-, миометрии (гиперплазия эндометрия, аденомиоз) и молочных железах (мастопатия), основывается на представлениях о гормональной зависимости возникающих изменений.

Развитие молекулярной биологии, медицинской генетики, клинической иммунологии в последние годы позволило выявить сложную систе-