

УДК 618.3-06; 616-006.67

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ
И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ
С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ
И ПАПИЛЛЯРНЫМ РАКОМ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Шаповалова Ольга Александровна – канд. мед. наук, профессор
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия

Ахиджак Ася Нуховна – канд. мед. наук
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия

Сергиенко Юлия Сергеевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Солнцева Алина Витальевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Москаленко Анастасия Александровна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

В статье представлен случай ведения беременности и родоразрешения пациентки с многоплодной беременностью и папиллярным раком щитовидной железы. Междисциплинарное ведение, своевременное определение срока и метода позволяют минимизировать осложнения и способствуют оптимальному родоразрешению.

Ключевые слова: МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ, ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

UDK 618.3-06; 616-006.67

**CLINICAL CASE OF MANAGEMENT
AND DELIVERY OF A PREGNANT WOMAN
WITH MULTIPLE PREGNANCIES
AND PAPILLARY THYROID CANCER**

Shapovalova Olga Alexandrovna – MD, professor
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia

Akhidzhak Asya Nukhovna – MD
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia

Sergienko Yulia Sergeevna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Solntseva Alina Vitalievna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Moskalenko Anastasia Alexandrovna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

This article presents a case of pregnancy and delivery management in a patient with multiple pregnancies and papillary thyroid cancer. Multidisciplinary management, timely determination of the timing and method of delivery, helps minimize complications and facilitate optimal delivery.

Key words: MULTIPLE PREGNANCY, PREGNANCY COMPLICATIONS, PAPILLARY THYROID CANCER

Введение

Наиболее распространенной злокачественной опухолью эндокринных желез и второе место по частоте встречаемости злокачественным новообразованием, выявляемым во время беременности, является рак щитовидной железы (РЩЖ) [1]. Уровень заболеваемости злокачественной опухолью, как правило, папиллярным раком щитовидной железы, составляет 3,6–14,4 на 100 тыс. беременных женщин [2].

В большинстве случаев РЖЩ представляет излечимое онкологическое заболевание с высокой выживаемостью пациентов. Это обусловлено успешной ранней диагностикой заболевания, преобладанием в структуре морфологических вариантов высокодифференцированных форм рака с характерным для них медленным клиническим течением, применением оптимальных вариантов хирургического лечения и радиойодтерапии [3].

Рак щитовидной железы – злокачественная опухоль, развивающаяся из железистых клеток и представленная пятью гистологическими типами: папиллярным, фолликулярным, низкодифференцированным, медуллярным и анапластическим. Первые три гистологических типа происходят из А- или В-клеток фолликулярного эпителия и составляют 80–95 % всех наблюдений [4, 5]. Медуллярный рак возникает из парафолликулярных С-клеток и встречается примерно в 5 % наблюдений. Анапластический (недифференцированный) рак составляет 0,2 % случаев и образуется из любых клеток щитовидной железы [6].

Папиллярный рак встречается в 20–30 лет и в более позднем возрасте. Морфологический вариант РЩЖ характеризуется медленным ростом и метастазированием в регионарные лимфатические узлы, где опухолевые клетки достаточно долго могут персистировать без последующего метастазирования, и наиболее благоприятным прогнозом.

Фолликулярный РЩЖ распространен среди взрослых пациентов, преимущественно в возрасте 50–60 лет. Он характеризуется ранним лимфо- и гематогенным метастазированием.

Медуллярный рак является более агрессивным, 10-летняя выживаемость после тиреоидэктомии не превышает 50 % [7].

При выявлении папиллярного рака щитовидной железы на ранних сроках беременности необходим ультразвуковой мониторинг. Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) ЩЖ рекомендована Американской тиреоидологической ассоциацией при узловом зобе, впервые выявленном во время беременности [8]. Надежный метод диагностики ТАБ может быть применен в любом триместре беременности [9].

При значительном увеличении опухоли к 24–26-й неделям беременности или при обнаружении цитологически подтвержденных метастазов в шейные лимфоузлы рекомендовано хирургическое лечение. При сохранении опухоли в стабильном состоянии до середины беременности, а также при выявлении ее во второй половине хирургическое лечение может быть отложено до послеродового периода [10].

Доказана безопасность оперативного метода лечения у беременных со II триместра. В случае решения вопроса о хирургическом вмешательстве на щитовидной железе во время беременности учитывают все риски, в том числе прерывания беременности или преждевременного родоразрешения, а также сопутствующие состояния [11].

Цель – анализ случая ведения и родоразрешения многоплодной беременности у пациентки с папиллярным раком щитовидной железы, диагностированным во втором триместре.

Пациентка Ш., 36 лет, состояла на учете в женской консультации по месту жительства с 10-й недели беременности. В 2021 г. у пациентки диагностирован диффузно-многоузловой зоб щитовидной железы TI-RADS 2. Рекомендовано проведение ТАБ, от которой она отказывалась. С августа

2024 г. диагностирована гипертоническая болезнь 2-й стадии, риск 3, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) 1 ст., II функциональный класс (ФК) по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации NYHA.

Наследственность отягощена: у отца в 57 лет острое нарушение мозгового кровообращения.

Гинекологический анамнез без особенностей. Менструальный цикл начался с 14 лет, продолжительностью по 5 дн через 28 дн, по характеру выделения умеренные, регулярные, безболезненные. Половая жизнь с 19 лет, контрацепцию не использует.

Беременность десятая, в анамнезе четыре беременности, которые завершились срочными родами (без осложнений), одна неразвивающаяся беременность в сроке 12 нед с выскабливанием полости матки и четыре искусственных аборта.

Пациентка встала на учет с массой тела 100 кг при росте 169 см (индекс массы тела – 34,96). Общая прибавка веса за беременность – 5 кг.

В начале беременности, учитывая риск венозных тромбоэмболических осложнений, пациентке назначены низкомолекулярные гепарины в повышенной дозе – эноксапарин натрия – 0,6 мг ежедневно один раз в сутки. Во втором триместре на сроке 15 нед выявлен вагинит, в связи с чем проводилась санация влагалища.

В 18–19 нед пациентка консультирована акушером-гинекологом и эндокринологом консультативного отделения перинатального центра Краевой клинической больницы № 2 (ККБ № 2). Настоятельно рекомендовано проведение ТАБ щитовидной железы. В 23–24 нед по результатам биопсии диагностирована фолликулярная опухоль, выставлен диагноз «С-г щитовидной железы, ТхNхMх II кл. гр.» и рекомендована консультация онколога Клинического онкологического диспансера №1 г. Краснодара.

Согласно заключению междисциплинарного врачебного консилиума обоснована необходимость проведения хирургического лечения. В 26–27 нед пациентке выполнена тиреоидэктомия. По результатам патогистологического исследования выявлен мультифокальный рост папиллярной карциномы щитовидной железы: инкапсулированный вариант (узел – 0,5 см), фолликулярный вариант (узел – 0,3 см). Рост в пределах ткани без признаков перинеуральной и лимфоваскулярной инвазии.

Заключительный диагноз: «С-г щитовидной железы (папиллярный рак, фолликулярный вариант), T1 N0 M0 I ст., после хирургического лечения, III кл. гр. Гипертоническая болезнь II ст., риск 3. Анемия 1-й ст. Послеоперационный гипотиреоз. Гестационный сахарный диабет. Беременность 26–27 нед». Послеоперационный период протекал без осложнений, рекомендована гормонозаместительная терапия препаратом левотироксин натрия – 200 мкг один раз в сутки утром натощак.

В 33 нед пациентка консультирована кардиологом, диагноз: «Миокардиодистрофия. Гипертоническая болезнь II ст., риск 3». Рекомендованы метилдопы сесквигидрат – по 500 мг три раза в сутки, препараты магния, динамическое наблюдение. Пациентка в динамике консультирована эндокринологом, рекомендовано увеличение дозы левотироксина натрия до 250 мкг.

Дородовая госпитализация

В 37 нед пациентка поступила в перинатальный центр ККБ № 2 на подготовку к родоразрешению. При осмотре состояние удовлетворительное, артериальное давление в пределах норма, матка в нормальном тонусе, предлежит головка I плода. Составлен консервативный план родов. Беременная обследована в полном объеме: анализы крови и мочи без особенностей. Плод: по кардиотокографии (КТГ) – нормальный тип записи, по УЗИ – предполагаемый вес плода (ПВП) I – 3340 г; ПВП II – 3275 г; максимальный вертикальный карман (МВК) – 4,4/4,6 см; признаки дивертикула Меккеля (ДМ): НГ (не выявлены).

Пациентка осмотрена консилиумом врачей. С учетом «недостаточно зрелых» родовых путей (6 баллов по шкале Бишопа), срока гестации, многоплодной беременности, стабильного состояния плодов решено начать медикаментозную преиндукцию родов. Через 2 дня, учитывая зрелые родовые пути, пациентка переведена на плановую амниотомию.

Родоразрешение

В 6 ч 45 мин пациентке выполнена амниотомия, отошло 150 мл светлых околоплодных вод. При отсутствии данных о *streptococcus agalactiae* начата антибактериальная терапия препаратом амоксициллин + клавулановая кислота – 1200 мг внутривенно каждые 8 ч до рождения детей.

С 9 ч 00 мин появилась регулярная родовая деятельность. В 10 ч 30 мин пациентка осмотрена – раскрытие маточного зева – 8 см. Далее роды протекали без особенностей, по КТГ – нормальный тип записи. В 12 ч 26 мин родился живой доношенный ребенок мужского пола весом – 3060 г, ростом – 51 см, с оценкой по шкале Апгар 9–10 баллов. В 12 ч 27 мин проведено влагалищное исследование: плодный пузырь цел, предлежат ягодицы плода. Через 13 мин отошли светлые околоплодные воды и в 12 ч 41 мин родился живой доношенный ребенок женского пола весом – 3390 г, ростом – 54 см, с оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов. С целью профилактики кровотечения в родах вводили карбетоцин – 1,0 мл внутривенно. Общая кровопотеря в родах составила 330 мл.

Заключительный диагноз: «Роды пятые срочные. Двойня бихориальная биамниотическая. Ягодичное предлежание 2-го плода. Гестационный сахарный диабет, диетотерапия. Внутриутробная гипоксия плода. С-г щитовидной железы (папиллярный рак, фолликулярный вариант), T1N0M0 I ст., состояние после тиреоидэктомии, III кл. гр. Послеоперационный гипотиреоз, медикаментозно компенсированный. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 3. ХСН 1 ст. ФК II по NYHA. Миокардиодистрофия. Миопия слабой степени

обоих глаз. Ожирение 2-й ст. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА). Амниотомия.

Послеродовый период

Проведено послеродовое обследование пациентки. По данным анализов крови и УЗИ матки патологии не выявлено. Проведена повторная консультация эндокринолога, в результате уменьшена доза левотироксина натрия до 200 мкг. Рекомендовано определение в крови уровня гормонов – ТТГ, свТ4; оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ) – через 3 мес после родов. Пациентка с детьми выписана домой на пятые сутки после родов.

Заключение

Клинический случай продемонстрировал сложность ведения многоплодной беременности с диагностированным РЦЖ. Важно своевременно проводить диагностику узловых образований ЦЖ, золотой стандарт – проведение ТАБ. В случае диагностики РЦЖ необходимо своевременно назначать врачебный консилиум с докторами смежных специальностей для определения дальнейшей тактики междисциплинарного ведения беременности. Оперативное определение срока и метода родоразрешения позволяет минимизировать осложнения и способствует оптимальному его осуществлению.

Список литературы

1. Современные возможности диагностики рака щитовидной железы (обзор литературы) / *Е. Е. Боберъ, И. Г. Фролова, Е. Л. Чойнзонов, С. А. Величко, Н. Ю. Быстрова, М. Р. Мухамедов* // Сибирский онкологический журнал. – 2013; 5:59–62.
2. Дифференцированный рак щитовидной железы, выявленный во время беременности. Опыт ведения / *А. А. Ильин, П. О. Румянцев, Д. Н. Дербуггов, Д. Ю. Семин, Н. В. Северская, П. А. Исаев, С. В. Васильков, В. С. Медведев, В. В. Польшин* // Эндокринная хирургия. – 2015; 9(4): 32–38.
3. Демидчик Ю. Е. Опухоли щитовидной железы : учеб.-метод. пособие / *Ю. Е. Демидчик, С. Е. Шелкович*. – Минск, 2016. – 23 с.
4. Ванушко В. Э. Прогноз хирургического лечения дифференцированного рака щитовидной железы / *В. Э. Ванушко, Н. С. Кузнецов, К. В. Ланцаков* // Проблемы эндокринологии. – 2007. – Т. 53, № 6. – С. 19–23.
5. Валдина Е. А. Рак щитовидной железы и беременность / *Е. А. Валдина, Е. В. Цырлина* // Практическая онкология. – 2009. – Т. 10, №4. – С.198–208.
6. *Glinioer D.* The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology / *D. Glinioer* // *Endocr. Rev.* – 1997. – Vol. 18. – P. 404–433.
7. Дедов И. И. (ред.). Эндокринология. Национальное руководство / *И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013; 1072.
8. Thyroid Disease in Pregnancy: A Descriptive Review of Guidelines / *I. Tsakiridis, S. Giouleka, A. Kourtis, A. Mamopoulos, A. Athanasiadis, T. Dagklis* // *Obstet Gynecol. Surv.* – 2022; 77(1): 45–62.
9. *Hussein Khaled* A review on thyroid cancer during pregnancy: multitasking is require / *Hussein Khaled, Nasr Al Lahloubi, Noha Rashad* // *J Advanced Res.* – 2016; 7:565–570.
10. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum / *E. K. Alexander, E. N. Pearce, G. A. Brent, R. S. Brown, H. Chen, G. Dosiou, W. A. Grobman, P. Laurberg, J. H. Lazarus, S. J Mandel, R. P Peeters, S. Sullivan*, 2017; 250.
11. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum / *E. K. Alexander, E. N. Pearce, G. A. Brent* [et al.] // *Thyroid.* – 2017; 27(3):315–389.
12. Анциферова Д. М. Папиллярная карцинома щитовидной железы и беременность малого срока выявлены одновременно. Возможная стратегия курации / *Д. М. Анциферова* // Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение. – 2022. – № 3 (40).
13. Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2018. – Т. 14, № 3.