

Э. А. ДАНИЛОВА, Л. Г. КАЛАНТАРОВА

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Вопросы функционального состояния щитовидной железы и обмена йода при токсикозах беременных в очагах зобной эндемии весьма актуальны и окончательно не разрешены.

При токсикозах беременных вследствие несовершенства, недостаточности адаптационного иммунитета нарушается деятельность всего организма [11], о чем свидетельствуют многочисленные изменения в организме беременных женщин, страдающих токсикозом [2, 4, 9 и др.].

По мнению некоторых авторов [6, 19 и др.], при токсикозах как в первой, так и иногда во второй половине беременности отмечается повышение йодистых компонентов крови, свидетельствующее о гиперфункции щитовидной железы.

В настоящей работе сообщены результаты динамического исследования йодного обмена и функционального состояния щитовидной железы при токсикозах первой и второй половины беременности до и после соответствующего лечения.

Нами обследованы 30 беременных, из них 10—первобеременных с токсикозами. У 13 был токсикоз первой половины (неукротимая рвота), а у 17—второй половины (нефропатия). У одной беременной токсикоз был осложнен хроническим нефритом. Все беременные были обследованы на RW, токсоплазмоз, бруцеллез, несовместимость по резус-фактору (патология исключалась). Лечение ранних токсикозов беременности проводилось по методу Кобозевой в сочетании с витаминами и внутривенным введением 40%-ного раствора глюкозы с новокаином.

При поздних токсикозах применяли магниезиальную терапию по Бровкину в сочетании с гипотензивными средствами, диетой, витаминотерапией, кислородотерапией.

В результате проведенной терапии 27 беременных (из 30) были выписаны из стационара с прогрессирующей беременностью. В двух случаях беременность была прервана по медицинским показаниям на седьмой и десятой неделе, а у одной беременной с тяжелой нефропатией терапия оказалась неэффективной, и беременность завершилась родами мертвым недоношенным плодом.

Показатели обмена йода и функционального состояния щитовидной железы определялись у всех беременных в динамике до и после лечения.

Для характеристики йодного обмена и функции щитовидной железы определяли: 1. Уровень связанного с белками йода сыворотки крови (СБИ). 2. Уровень бутанол-экстрагируемого йода сыворотки крови (БЭИ). 3. Уровень общего йода крови. 4. Включение меченного трийодтиронина (I^{131}) в эритроциты *in vitro* (ПЭТ).

Обмен йода и функциональная активность щитовидной железы у беременных с токсикозом отличается от показателей у здоровых беременных и небеременных женщин (контрольные группы). При токсикозах первой половины отмечается следующее: у 13 женщин с токсикозом первой половины беременности характер изменений активности железы и показатели обмена йода незначительно отличались от аналогичных показателей у здоровых женщин с нормально протекающей беременностью.

Для сравнения в табл. 1 приводим показатели первой половины беременности у здоровых беременных и при токсикозах.

Таблица 1

Показатели обмена йода и функционального состояния щитовидной железы у 13 беременных с токсикозом первой половины до и после лечения

Показатели	Г р у п п ы			
	Здоровые небеременные женщины $M \pm m$	Беременные первой половины беременности		
		здоровые беремен. $M \pm m$	беремен. с токсикозом I половины беременности	
			до лечения $M \pm m$	после лечения $M \pm m$
СБИ в мкг %	5,0 $\pm$ 0,14	10,21 $\pm$ 0,35	13,08 $\pm$ 0,46	11,06 $\pm$ 0,48
БЭИ в мкг %	4,32 $\pm$ 0,32	8,06 $\pm$ 0,26	8,3 $\pm$ 0,42	6,5 $\pm$ 0,15
Общий йод в мкг %	40,5 $\pm$ 0,61	45,01 $\pm$ 0,82	51,5 $\pm$ 1,8	46,6 $\pm$ 1,8
ПЭТ в %	17,8 $\pm$ 2,34	16,07 $\pm$ 0,74	20,6 $\pm$ 0,18	18,8 $\pm$ 0,72

Как следует из данных, приведенных в табл. 1, уровень СБИ сыворотки крови при ранних токсикозах до лечения в 2,5 раза превышал нормальный показатель и достоверно превышал показатели у здоровых беременных. Между здоровыми беременными и при токсикозе первой половины беременности до лечения отмечалась резкая разница в величине включения трийодтиронина в эритроциты. При этом если у здоровых беременных происходило незначительное снижение показателя, то при токсикозе наблюдалось достоверное повышение его. Незначительное отличие наблюдалось между здоровыми беременными и беременными с токсикозом первой половины по показателям уровня БЭИ и общего йода крови. После проведенного лечения все исследованные показатели имели тенденцию к нормализации. Указанное особенно наглядно видно на примере изменения показателей БЭИ и ПЭТ.

Токсикозы второй половины беременности также сопровождаются изменением исследованных показателей, которые представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели обмена йода и функциональной активности щитовидной железы у 17 беременных с токсикозом второй половины до и после лечения

Показатели	Г р у п п ы			
	Здоровые неберемен- ные женщи- ны $M \pm m$	Беременность II половины		
		здоровые беремен. $M \pm m$	токсикоз II половины беременности (нефропатия)	
			до лечения $M \pm m$	после лечения $M \pm m$
СБИ в мкг %	5,0 $\pm$ 0,14	6,96 $\pm$ 0,21	6,01 $\pm$ 0,42	6,4 $\pm$ 0,39
БЭИ в мкг %	4,32 $\pm$ 0,22	4,8 $\pm$ 0,19	3,7 $\pm$ 0,35	4,5 $\pm$ 0,36
Общий йод в мкг %	40,5 $\pm$ 0,61	35,33 $\pm$ 0,72	42,5 $\pm$ 2,1	38,3 $\pm$ 0,66
ПЭТ в %	17,8 $\pm$ 2,34	11,4 $\pm$ 0,15	9,4 $\pm$ 0,47	18,0 $\pm$ 0,43

Данные табл. 2 свидетельствуют об угнетении метаболизма йода и функционального состояния щитовидной железы у беременных с токсикозами второй половины до лечения по сравнению со здоровыми беременными. Так, уровень БЭИ ниже, чем показатель у здоровых беременных, а способность эритроцитов включать меченный трийодтиронин угнетена почти в 2 раза по сравнению с нормой (снижение достоверно, $P < 0,001$).

Проведенное лечение в значительной степени нормализовало исследованные показатели, что свидетельствует об эффективности примененной терапии.

Таким образом, анализируя полученные данные, можно сделать следующее заключение.

Изменения показателей обмена йода и функции щитовидной железы, наступающие при токсикозах первой половины беременности до лечения, свидетельствуют о резком функциональном сдвиге в деятельности тиреоидной ткани, характерной для гипертиреоза (повышение уровня СБИ, БЭИ, ПЭТ), в ряде случаев сопровождающейся клиническими признаками тиреотоксикоза. Проведенная терапия в значительной мере нормализует эти изменения. Токсикозы второй половины беременности также сопровождаются значительным изменением показателей метаболизма йода и функции тиреоидной ткани. При этом в отличие от токсикозов I половины беременности отмечается снижение всех исследованных показателей по типу угнетения функции щитовидной железы, которые после лечения имеют тенденцию к нормализации.

В ы в о д ы

1. При токсикозах беременных констатировано изменение йодного обмена.
2. Токсикозы первой половины беременности сопровождаются повы-

шением йодного обмена, который нормализуется после соответствующей терапии.

3. Токсикозы второй половины беременности сопровождаются понижением йодного обмена, и после лечения отмечается нормализация метаболизма тиреоидных гормонов.

4. Одной из причин токсикозов беременных может быть дисфункция щитовидной железы.

Институт акушерства и гинекологии

Поступило 1/IX 1970 г.

Է. Ա. ԴԱՆԻԼՈՎԱ, Լ. Գ. ՔԱԼԱՆՏԱՐՈՎԱ

ՅՈՒՐԱՅԻՆ ՓՈԽԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՎԱՀԱՆԱԳԵՂՁԻ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ
ՎԻՃԱԿԸ ՆՈՐՄԱԼ ՈՒ ՊԱԹՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հղիության 1-ին և 2-րդ կեսի տրեսիկոզով տառապող 30 կանանց մոտ ուսումնասիրվել է յոդային փոխանակությունը և վահանագեղձի ֆունկցիոնալ վիճակը, համաձայն ՍՐԻ-ի, ԲԵԻ-ի, արյան ընդհանուր յոդի մակարդակի և ռադիոակտիվ տրիյոդտիրոնինի միջոցով էրիտրոցիտների կլանման արագության ցուցանիշների:

Հանգել ենք այն եզրակացության, որ հղիության 1-ին կեսի տրեսիկոզի (անզուսպ փսխումներ) ժամանակ յոդափոխանակությունը արագանում է, իսկ 2-րդ կեսի տրեսիկոզի ժամանակ (նեֆրոպաթիա) իջնում տրեսիկոզի ծանրությանը համապատասխան:

Անցկացված բուժումից հետո նկատվում է յոդափոխանակության կարգավորում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бакшеев Н. С., Бакшеева А. А. В кн.: Научные записки Ужгородского университета. Ужгород, 1955, стр. 97.
2. Бакшеев Н. С. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1960, 5, стр. 98.
3. Бархатова Т. П., Андреева Э. А. Акушерство и гинекология, 1965, 4, стр. 56.
4. Беккер С. М. Патология беременности. Л., 1970.
5. Валуева Т. В. Акушерство и гинекология, 1967, 2, стр. 38.
6. Гросблат Р. Ж. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1963, 9, стр. 101.
7. Гросблат Р. Ж. Акушерство и гинекология, 1965, 4, стр. 48.
8. Модестов В. К., Цыганкова А. Г. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1967, 6, стр. 5.
9. Николаева А. П. Казахский медицинский журнал, 1938, 5, стр. 91.
10. Петраш О. Г. Дисс. канд. Мукачево, 1958.
11. Петров-Маслаков М. А. Акушерство и гинекология, 1970, 9, стр. 10.
12. Расулова М. Дисс. канд. Душанбе, 1966.
13. Розовский И. С., Спесивцева В. Т. Советская медицина, 1967, 9, стр. 64.
14. Рыбкина Н. В. Акушерство и гинекология, 1961, 2, стр. 101.
15. Цариковская Н. Г. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1964, 5, стр. 11.

16. *Aboul-Khair S. H., Turnbull E., Turnbull A. C. J.* Obstets. Gynec., Brit Cwith, 1968, 75, 10, 1040.
17. *Man E. B., Reicl W. A., Jones W. S.* Amer. J. Obstetr. Gynec., 1968, 102, 2, 244.
18. *Mestma J. H., Niswenger J. W.* Amer. J. Obstetr. Gynec., 1969, 103, 322.
19. *Peters J., Man E. B., Heinemann M.* Obstetr. Gynec. Surv., 1948, v. 3, 647.
20. *Tenzel W, V., Skwerer A. C., Telehwak.* Amer. J. Obstetr. Gynec., 1962, 10, 1305.