

УДК 618.39+616.441

Э. А. ДАНИЛОВА

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЙОДНЫЙ ОБМЕН ПРИ ПРИВЫЧНОМ ВЫКИДЫШЕ

Изучение функционального состояния щитовидной железы в акушерской клинике имеет значение в связи с неблагоприятным влиянием различных нарушений ее функций на мать и плод.

Исследованиями отечественных и зарубежных авторов [4, 6, 8, 13, 14, 20, 22, 24, и др.] доказано изменение функциональной активности щитовидной железы, а следовательно, и йодного обмена при беременности. Причем степень изменения функциональной активности щитовидной железы и йодного обмена зависит от срока беременности и протекания в биогеохимических местностях [5, 7, 10, 22, 24, 25 и др.].

В условиях эндемического зобного очага к имеющейся экзогенной йодной недостаточности, обусловленной фактором внешней среды, присоединяется и эндогенная, связанная с развитием беременности. Наступающая при этом йододефицитность организма беременной, оказывающая определенное влияние на функциональное состояние щитовидной железы, может вызвать нарушение коррелятивной взаимосвязи между щитовидной железой и плодным яйцом, последствием которого может быть прерывание беременности, что подтверждается данными литературы [7, 8, 10, 16 и др.].

Так, по данным литературы [2, 10, 12 и др.], в очагах зобной эндемии имеет место высокий процент самопроизвольных выкидышей, недонашиваемости, уродств развития плода и мертворождаемость.

По мнению Р. Ш. Гросблат [7, 8], П. И. Фогела [16], И. С. Розовского, В. Т. Спесивцевой [14] и др., при привычном выкидыше отмечается снижение йодистых компонентов крови.

Рядом авторов [4, 14, 18, 23 и др.] указывается, что дисфункция щитовидной железы (типо- и гипертиреозы) может явиться причиной самопроизвольного прерывания беременности.

За последние годы в связи с успешным внедрением в клинику современных методов исследования функционально-топографического состояния щитовидной железы (радиоизотопные и биохимические методы исследования) стало возможным выяснение состояния тиреоидной ткани и функции этого органа при нормально развивающейся беременности и после прерывания ее. Однако еще многие вопросы по изучению

функции щитовидной железы при привычном выкидыше являются неразрешенными, дискуссионными и, следовательно, актуальными.

Из краткого обзора литературы следует, что функциональное состояние щитовидной железы при привычном выкидыше в условиях эндемического зобного очага изучено недостаточно, а также недостаточно разработаны лечебно-профилактические мероприятия у беременных с привычным выкидышем и сочетанной патологией щитовидной железы.

Учитывая актуальность проблемы привычного выкидыша и то обстоятельство, что в Армении многие районы (Ноемберянский, Сисианский, Кироваканский, Степанаванский, Арташатский, Ленинаканский и др.) являются очагами эндемического зоба слабой напряженности [9, 11, 17 и др.], нами проведен ряд исследований у беременных, проживающих в местностях с дефицитом йода в окружающей среде, целью которых являлось: изучение йодного обмена и функционального состояния щитовидной железы при привычном выкидыше неясного генеза у беременных с сочетанной, клинически определяемой патологией щитовидной железы, и у беременных с привычным выкидышем без клинически определяемой патологии щитовидной железы.

Нами обследованы 56 беременных женщин с привычным выкидышем в анамнезе в возрасте от 21 до 39 лет. 37 беременных были из районов эндемического зоба слабой напряженности; 48 беременных страдали первичным привычным выкидышем, т. е. все беременности у них заканчивались выкидышами.

В физическом развитии женщин особых отклонений от нормы не наблюдалось, только у 4 женщин отмечался дефицит веса и у 3—выраженное ожирение, не связанное с беременностью.

У обследованных беременных исключались инфекционные заболевания, иммунологические причины выкидыша вследствие несовместимости по резус-фактору, группам крови, истмико-цервикальная недостаточность, опухоли половых органов, воспалительные заболевания. Помимо общих клинико-лабораторных методов исследования (анализ крови, мочи, РСК на токсоплазмоз, реакция Вассермана, анализ крови на резус-фактор, реакция Райта и Хедельсона), было проведено цитологическое исследование влагалищного отделяемого с подсчетом кариопикнотического индекса. Все беременные консультировались эндокринологом. У 26 беременных констатируется диффузно-узловое увеличение щитовидной железы II—IV степени, у 30 беременных этой группы увеличения щитовидной железы не наблюдалось.

Показатели обмена йода и функционального состояния щитовидной железы определялись у всех беременных до и после лечения. Для характеристики йодного обмена и функции щитовидной железы определяли: 1. Уровень связанного с белками йода сыворотки крови (СБЙ) по методу Баркера в модификации З. Л. Бабаяна; 2. Уровень бутадиол-экстрагируемого йода сыворотки крови (БЭЙ) по методу Познера; 3. Уровень общего йода крови титрометрическим вариантом каталити-

ческого метода Мюллера, Шнедера в модификации М. С. Степаняна (ОИ); 4. Включение меченого трийодтиронина (J^{131}) в эритроциты (in vitro) (ПЭТ) по методу Гомольского в модификации В. К. Модестова и А. Г. Цыганкова.

Обмен йода и функциональная активность щитовидной железы у беременных с привычным выкидышем в значительной степени отличается от таковых у женщин с нормально протекающей беременностью. Результаты исследования беременных женщин с привычным выкидышем и патологией щитовидной железы отражены в табл. 1.

Таблица 1

Показатели йодного обмена и функционального состояния щитовидной железы у беременных с привычным выкидышем и зобом до и после лечения

Показатели йодного обмена и функции щитовидной железы	$M \pm m$					
	Здоровые беременные		Беременные с зобом			
			до лечения		после лечения	
	I триместр	III триместр	$M \pm m$	P	$M \pm m$	P
СБЙ в мкг %	$10,21 \pm 0,35$	$6,96 \pm 0,21$	$12,51 \pm 0,64$	$<0,001$	$7,17 \pm 0,42$	$<0,5$
БЭЙ в мкг %	$8,06 \pm 0,26$	$4,8 \pm 0,19$	$9,86 \pm 0,42$	$<0,001$	$6,23 \pm 0,42$	$<0,001$
ОИ в мкг %	$45,01 \pm 0,82$	$35,33 \pm 0,42$	$48,24 \pm 1,19$	$<0,002$	$48,83 \pm 1,19$	$<0,002$
ПЭТ в %	$16,07 \pm 0,24$	$11,4 \pm 0,15$	$21,73 \pm 0,8$	$<0,001$	$15,84 \pm 0,5$	$<0,001$

Как видно из табл. 1, показатели СБЙ и БЭЙ до лечения у этой подгруппы женщин были достоверно повышены (СБЙ— $12,51 \pm 0,64$, БЭЙ— $9,86 \pm 0,42$); резко возрастал процент включения радиотрийодтиронина в эритроциты. Таким образом, в группе беременных с патологией щитовидной железы средние показатели йодного обмена давали явное повышение. Уровень общего йода в крови также нарастал, что свидетельствовало об усилении периферического метаболизма тиреоидных гормонов. Указанная активация функции щитовидной железы была характерна для гипертиреоза, что подтверждалось также и клиническим симптомокомплексом тиреотоксикоза легкой и средней тяжести.

Надо полагать, что чрезмерное повышение тиреоидных гормонов в крови у исследуемых беременных блокировало функциональную активность гипофиза, т. е. уменьшало выработку гонадотропных гормонов (Ф. С. Г., Л. Г., Л. Т.), что, по-видимому, способствовало самопроизвольному выкидышу.

Сказанное подтверждается повышенными показателями ПЭТ, что свидетельствует о понижении тироксинасвязывающей способности глобулинов, находящейся в прямой зависимости от степени насыщенности организма беременной эстрогенами [15, 19 и др.].

После соответствующего лечения беременных отмечалась нормализация почти всех исследованных показателей. Так, уровень СБЙ ($7,17 \pm 0,42$) не составлял достоверной разницы с показателем здоро-

вых беременных ($6,96 \pm 0,21$). Уровень БЭИ также снижался ($6,23 \pm 0,42$); отмечалась тенденция к нормализации уровня ПЭТ. Уровень общего йода был несколько повышен, однако это по-видимому, связано с определенным снижением утилизации йода щитовидной железой. Указанные изменения показателей йодного обмена и функциональной активности щитовидной железы свидетельствуют об эффективности примененной терапии, которая клинически подтверждается улучшением общего состояния беременных, уменьшением размеров щитовидной железы к концу беременности.

В группу женщин с привычным выкидышем неясного генеза без клинически определяемой патологии щитовидной железы вошли 30 беременных женщин. Беременные обследовались в I триместре до лечения и в III триместре после лечения. Результаты исследования беременных до и после соответствующего лечения представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели йодного обмена и функционального состояния щитовидной железы у беременных с привычным выкидышем неясного генеза до и после лечения

Показатели йодного обмена и функции щитовидной железы	$M \pm m$					
	Здоровые беременные		Беременные с привычным выкидышем			
			до лечения		после лечения	
	I триместр	III триместр	$M \pm m$	P	$M \pm m$	P
СБЙ в мкг %	$10,21 \pm 0,35$	$6,96 \pm 0,21$	$6,46 \pm 0,36$	$<0,001$	$6,05 \pm 0,27$	$<0,5$
БЭИ в мкг %	$8,06 \pm 0,26$	$4,8 \pm 0,19$	$5,35 \pm 0,26$	$<0,001$	$4,21 \pm 0,21$	$<0,1$
ОЙ в мкг %	$45,01 \pm 0,82$	$35,33 \pm 0,42$	$40,73 \pm 1,4$	$<0,01$	$40,55 \pm 0,91$	$<0,1$
ПЭТ в %	$16,07 \pm 0,24$	$11,4 \pm 0,15$	$13,77 \pm 0,54$	$<0,001$	$13,0 \pm 0,34$	$<0,05$

Как следует из табл. 2, уровень СБЙ, БЭИ почти на 50% ниже контрольных показателей. Способность эритроцитов поглощать трийодтиронин меченый (J^{131}) ($13,77 \pm 0,54$) также свидетельствовала о значительном подавлении функциональной активности щитовидной железы. У 5 женщин были слабовыраженные клинические проявления гипотиреоза: некоторое замедление пульса, пастозность, сухость кожи, ломкость ногтей.

На основании вышеизложенного можно полагать, что секреторная деятельность щитовидной железы у этой группы беременных угнетена, щитовидная железа не в состоянии адекватно повышать выработку тиреоидных гормонов, необходимых для нормального развития беременности. Можно предположить, что это и являлось причиной привычного выкидыша.

Средний показатель СБЙ, БЭИ исследуемой нами группы беременных с привычным выкидышем составлял 6,46 и 5,35 мкг%, что на 36% ниже показателей контрольной группы. После проведенной заместительной терапии показатели йодного обмена и функциональной активности щитовидной железы свидетельствуют о наступлении эутиреоид-

ного состояния. Из данных табл. 2 следует, что после лечения отмечается нормализация почти всех исследуемых показателей: так, уровень СБЖ равнялся $6,05 \pm 0,27$ и не составлял достоверной разницы с показателем здоровых беременных, $p < 0,5$. Уровень БЭЖ также приближался к уровню при нормально протекающей беременности. Имело тенденцию к нормализации также включение радиотрийодтиронина в эритроциты.

Обобщая вышесказанное, можно заключить следующее:

1. При привычном выкидыше у беременных с эндемическим и диффузно-токсическим зобом констатируется повышение всех показателей йодного обмена (СБЖ, БЭЖ, ОЖ и ПЭЖ).

2. В ряде случаев при привычном выкидыше неясного генеза у беременных отмечается снижение показателей йодного обмена СБЖ, БЭЖ, ОЖ, а также ПЭЖ, по сравнению с таковыми при нормально протекающей беременности.

3. Комплексное лечение беременных с привычным выкидышем с применением тиреоидина в соответственно подобранных случаях, а также лечение патологии щитовидной железы у беременных с привычным выкидышем нормализует показатели йодного обмена, приводит к заметному уменьшению размеров щитовидной железы, улучшает общее состояние, а также способствует сохранению беременности.

4. Беременным женщинам с привычным выкидышем неясного генеза, живущим в очагах даже слабо выраженной эндемии зоба, необходимо комплексное обследование функционального состояния щитовидной железы.

5. При лечении беременных с привычным выкидышем и с дисфункцией щитовидной железы одной из основных задач должна стать нормализация функции щитовидной железы.

Институт акушерства и гинекологии
им. Н. К. Крупской МЗ АрмССР

Поступило 7/IX 1971 г.

Է. Ա. ԴԱՆԻԼՈՎԱ

ՅՈՒՆ ԲՈՆԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՎԱՀԱՆԱԳԵՂՁԻ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ՎԻՃԱԿԸ
ՍՈՎՈՐՈՒՅԹԱՅԻՆ ՎԻԺՈՒՄՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա. Մ. Բ. Մ. Մ.

Սովորույթային վիժման պատճառներից մեկը վահանաձև գեղձի թերֆունկցիան է:

Մեր հանրապետությունը համարվում է վահանագեղձի թույլ արտահայտված թերֆունկցիայի էնդեմիկ օջախ, իսկ համաձայն գրական տվյալների, այդ օջախներում բարձր է ինքնաբեր վիժումների, վաղաժամ ծննդաբերությունների, պտղի ալանդակությունների և մեռելածնությունների տոկոսը: Այդ պատճառով էլ մեր կողմից ուսումնասիրվել է վահանաձև գեղձի ֆունկցիոնալ վիճակը

և յողային փոխանակությանը Հայաստանի տարբեր վայրերում բնակվող, սովորությանը վիժումներով տառապող 56 կանանց մոտ:

Ուսումնասիրություններից պարզվել է, որ սովորությանը վիժումներով տառապող հղի կանանց մոտ, նորմալ ընթացող հղիների համեմատությամբ նկատվում է յողային փոխանակության ցուցանիշների իջեցում: Վահանադեղձի ակտիվացումով ուղեկցվող սովորությանը վիժման ժամանակ նկատվում է յողային փոխանակության բոլոր ցուցանիշների բարձրացում:

Սովորությանը վիժման ժամանակ կոմպլեքս բուժումը թիրեոիդինի համադրորակությամբ, ինչպես նաև էնդեմիկ ղորի համապատասխան բուժումը կանոնավորում են նշված ցուցանիշների շեղումները, նկատելի կանխում վահանադեղձի դիֆուզ մեծացումը, բարելավում հղիների ընդհանուր վիճակը և նպաստում հղիության պահպանմանը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бабалян З. Л. Дисс. канд. Ереван, 1970.
2. Бакшеев Н. С. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1960, 5, стр. 98.
3. Бакшеев Н. С., Бакшеева А. А. В кн.: Научные записки Ужгородского университета, т. 15. Ужгород, 1955, стр. 97.
4. Бархатова Т. П., Андреева Э. А. Акушерство и гинекология, 1965, 4, стр. 56.
5. Бархатова Т. П., Миссюрю Н. В. В кн.: Современные методы исследования и терапии в акушерстве и гинекологии. М., 1968, стр. 43.
6. Валуева Г. В. Акушерство и гинекология, 1967, 2, стр. 38.
7. Гросблат Р. Ш. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1963, 3, стр. 96.
8. Гросблат Р. Ш. Акушерство и гинекология, 1965, 4, стр. 48.
9. Еогуրджян М. Г. В кн.: Эндемический зоб и его профилактика. Ереван, 1968.
10. Кац Л. М. Дисс. канд. Фрунзе, 1962.
11. Казарян Г. Е. В кн.: Зоб в Армении. Ереван, 1964, стр. 39.
12. Петраш О. Г. Автореферат канд. дисс. Киев, 1958.
13. Расулов А. М. Автореферат канд. дисс. Душанбе, 1966.
14. Розовский И. С., Спесивцева В. Т. Советская медицина, 1967, 9, стр. 64.
15. Розовский И. С., Змановский Ю. Ф. Вопросы охраны материнства и детства, 1965, III, 4, стр. 62.
16. Фогел П. И. Дисс. канд. Киев, 1965.
17. Шариманян С. С. Труды V Закавказской конф. хирургов. Тбилиси, 1957.
18. Grille G. Practical Aspects of Thyroid Disease edited by A. F. Poland, 1949, 2116.
19. Kloppe A., Mac Naughton M. J. Obstetr. Gynec. Brit. Gwith., 1965, 72, 6, 1022.
20. Man E. B., Reid W. A., Jones W. S. Amer. J. Obstetr. Gynec., 1968, 102, 2, 244.
21. Man E. B., Reid W. A., Hellegers A. E. J. Obstetr. Gynecol., 1968, 103, 3, 328.
22. Mestma J. H., Nistwenger J. W. et al. Amer. J. Obstetr. Gynec., 1969, 103, 322.
23. Naumoff N., Shook D. M., Zuk J. Fertil., 1963, 8, 4, 811-816.
24. Lampe L., Dzvonnyar J., Dite F. Magy Nöorv. Lap., 1966, 23, 2, 92.
25. Orfan G., Pollezer M., Bars E., Marton U. Orv. Hertil, 1966, 107, 50, 2361.