

# ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СИСТЕМЫ КРАСНОЙ КРОВИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

<sup>1</sup>К. м. н. Шагиева Г. А.,  
<sup>2</sup>к. м. н. Саугабаева С. К.

<sup>1</sup>Казахстан, г.Шымкент, МКТУ им.Х. А. Ясави, кафедра терапии.  
<sup>2</sup>Клиника МКТУ им.Х.А.Ясави.

***Abstract.** Pathogeny of iron-deficient anaemia builds. Along with violations of exchange of iron, proteins, vitamins, immune changes endocrine violations accept important participation in her genesis, in particular thyroid status. At a thyroprivia iron-deficient anaemia develops appropriately, treatment preparations of iron without simultaneous therapy by the thyroid hormones there is not an effect.*

**Актуальность проблемы.** Несмотря на то, что анемия была описана почти 200 лет назад, задача ее устранения и предупреждения сохраняет свою актуальность. Широкое распространение, разнообразное влияние, оказываемое на организм человека, недостаточная эффективность лечения ставят железодефицитную анемию в ряд важных медико-социальных проблем современности. Частота этой патологии у населения Казахстана с каждым годом нарастает.

Патогенез железодефицитной анемии (ЖДА) сложен. Наряду с нарушениями обмена железа, белков, витаминов, иммунных сдвигов в ее генезе принимают важное участие эндокринные нарушения, в частности тиреоидного статуса. При гипотиреозе закономерно развивается ЖДА, лечение препаратами железа без одновременной заместительной терапии тиреоидными гормонами неэффективно. Частота ЖДА заметно увеличивается в очагах зубной эндемии. Как известно, больше половины территории Казахстана находится в зоне йодного дефицита и очага зубной эндемии различной степени выраженности.

ЖДА и эндемический зоб гораздо чаще поражает женщин, чем мужчин. Особенной частоты гипохромной анемии достигает во время беременности. Известно, что в этот период потребность в тиреоидных гормонах нарастает, а щитовидная железа гиперплазируется.

**Цель исследования:** исследование взаимосвязи состояния щитовидной железы и системы красной крови у женщин молодого (детородного) возраста г. Шымкент.

**Материалы и методы исследования:** клиническая часть работы выполнена на базе городских поликлиник г. Шымкент (в регионе йодного дефицита). В обследование были включены 112 молодых женщин, в возрасте от 18 до 45 лет.

Для решения первой задачи женщинам проводилось исследование щитовидной железы путем пальпации и методом УЗИ. Степень увеличения щитовидной железы (ЩЖ) оценивалась по классификации ВОЗ.

- 0 степень – ЩЖ визуально и пальпаторно не увеличена;
- 1А степень – ЩЖ визуально не изменена, пальпируется перешеек;
- 1Б - ЩЖ визуально определяется при глотании, пальпируются обе доли;
- 2 степень – ЩЖ определяется визуально при нормальном положении шеи;
- 3 степень – видимый на расстоянии зоб.

Следующим этапом исследования было определение состояния системы красной крови: определение уровня гемоглобина (норма  $>110\text{г/л}$ ), количества эритроцитов (норма  $3,5-4,5 \times 10^{12}/\text{л}$ ), цветового показателя (норма 0,85-1,05), содержания сывороточного железа (норма 8,95-30,4 мкмоль/л), ферритина (норма 10-150 мкг/л).

Исследование тиреоидного статуса включало –определение уровней ТТГ (норма 0,4-4,0 мМЕ/мл), свободных фракций Т3 (норма 2,6-5,3 пмоль/л) и Т4 ( норма 10-20 пкмоль/л).

**Полученные результаты:** обследование показало, что частота зоба среди обследованных женщин достигает 49% (55 женщин), причем 8,1% (10 женщин) (рис. 1) из них приходится на долю выраженных форм (таблица 1).

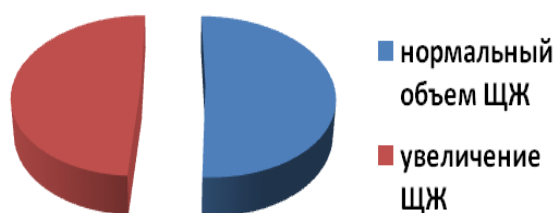


Рис. 1. Частота зоба у обследованных

Таблица 1. Степени зоба

Количество обследованных женщин	С неувеличенной ЩЖ	С увеличенной ЩЖ	
		С зобом 1А и 1Б степени	С зобом 2 степени
112	57 (51%)	45 (81,9%)	10 (8,1%)

При исследовании системы красной крови у женщин с зобом показатели были несколько хуже, чем у женщин с нормальными размерами ЩЖ. Так у женщин с начальными формами зоба содержание эритроцитов в крови снизилось на 3%, гемоглобина – на 6%, сывороточного железа – на 25%, ферритина – на 20%. При эндемическом зобе 2 степени показатели оказались еще хуже. По сравнению с контрольной группой, содержание гемоглобина в крови снизилось - на 5%, гемоглобина – на 10%, сывороточного железа на – 37% и ферритина – на 29% (рис. 2).

Установлено, что ЖДА у женщин, проживающих в очаге йодного дефицита развивается на фоне снижения функциональной активности ЩЖ. Снижение тиреоидной функции особенно выражено при сочетании ЖДА и эндемического зоба.

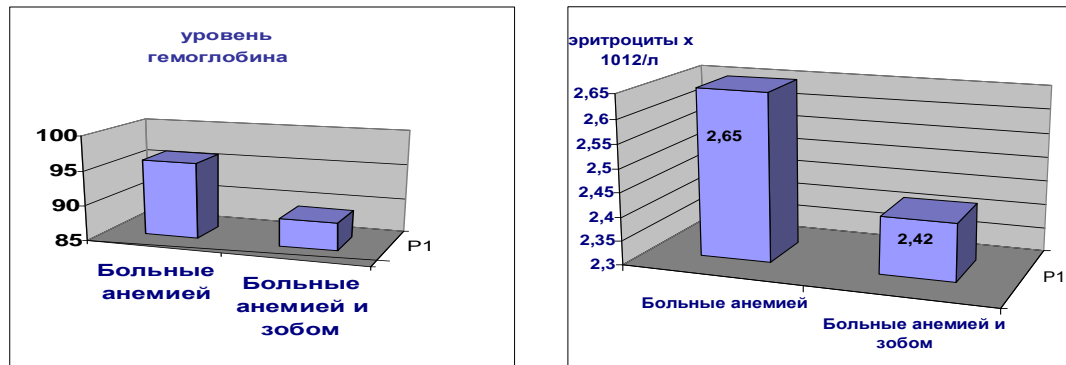


Рис. 2. Показатели красной крови в зависимости от состояния щитовидной железы (уровень гемоглобина и количество эритроцитов)

Эндемический зоб обуславливает увеличение частоты анемии в 2-3 раза, причем одновременно нарастает ее тяжесть. Частота и выраженность ЖДА увеличиваются параллельно росту степени зоба. Концентрация ТТГ у больных с ЖДА нарастает, достигая наибольшей степени при сочетании этих заболеваний.

Сопоставление состояния красной крови у женщин с начальными и выраженными формами зоба выявило отчетливую тенденцию к ухудшению показателей при прогрессировании зоба. Выявлялась желездефицитная анемия (ЖДА) различных степеней (таблица 2).

Таблица 2. Частота анемии при эндемическом зобе различных степеней

Женщины без зоба	С зобом 1А-1Б степени	С зобом 2 степени
57 женщин, из них с анемией – 16 (28%)	45 женщин с анемией – 26 (58%)	10 женщин с анемией – 9 (90%)

У больных с эндемическим зобом частота ЖДА по сравнению с контрольной группой значительно нарастала, увеличиваясь при зобе 1 степени почти в 2 раза. Также с увеличением ЩЖ нарастала выраженность анемии. Если в контрольной группе определялась анемия 1 степени (снижение гемоглобина в пределах 110-90 г/л), то при зобе анемия достигала 2 степени (снижение гемоглобина в пределах 89-70 г/л), 3 степени (снижение гемоглобина ниже 69 г/л).

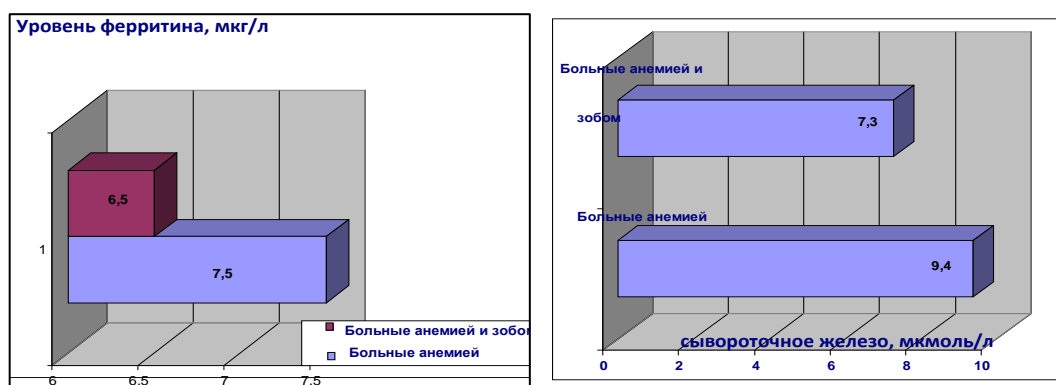


Рис. 3. Показатели красной крови в зависимости от состояния щитовидной железы (уровни сывороточного железа и ферритина)

При исследовании тиреоидного статуса отмечалась отчетливая тенденция к повышению уровня тиротропного гормона (ТТГ) у женщин с эндемическим зобом и анемией, сочетающаяся с уменьшением концентрации свободных тиреоидных гормонов. Что свидетельствует о первичном характере гипотиреоза.

Сопоставление данных тиреоидного статуса и параметров крови показало отрицательное влияние на красную кровь и на этот раз, т.е. более худшие показатели отмечались в группе с выраженными степенями зоба (рис. 3,4).



Рис. 4. Показатели тиреоидного статуса

1. Эндемический зоб продолжает оставаться широко распространенной патологией юга Казахстана;

2. “Эутиреоидный” эндемический зоб 1 и 2 степени сопровождается отчетливой тенденцией к ослаблению тиреоидной функции;

3. Сочетание снижения концентрации свободных тиреоидных гормонов с повышением уровня тиреотропного гормона в крови больных эндемическим зобом указывает на первичный характер ослабления функции щитовидной железы;

4. Показатели красной крови у больных с “эутиреоидным” эндемическим зобом ухудшаются, а частота железодефицитной анемии нарастает;

Полученные данные обосновывают заключение о патогенетической роли ослабления тиреоидной активности в развитии ЖДА у женщин молодого возраста в зоне йодного дефицита.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Валдина Е. А. Заболевания щитовидной железы. – СПб.: Питер, 2001. – 416 с.
2. Касьянова Н. А., Свириденко Н.Ю. Субклинический гипотиреоз// Лечащий врач. – 2006. – № 10. – С. 58–61.
3. Петунина Н. Сердечно-сосудистые осложнения гипотиреоза//Врач. – 2007. – № 4. – С. 2–5.
4. Идельсон Л.И. Дифференциальная диагностика и лечение гипохромных анемий. М.Медицина, 1998г.
5. Хамзалиев Б.Х. Патогенез полидефицитной анемии. Ташкент, 1989г.
6. Кругляк Л.Н. Участие щитовидной железы в регуляции активности кроветворной системы при гипоксии. Душанбе, 1989 г.
7. Cook I.D. The liabilities of iron deficiency//Blood.1989.
8. Зельцер М.Е., Айдарханов Б.А., Базарбекова Р.Б. Йодная недостаточность и ее клинические проявления в Казахстане. Ташкент, 1991 г.