**Гурська Валентина Анатоліївна. Особливості сомато-статевого розвитку і функції системи гіпофіз – гонади та щитоподібної залози при порушеннях чоловічого пубертату за умов йодної недостатності : Дис... канд. наук: 14.01.14 – 2008**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Гурська В.А. Особливості сомато – статевого розвитку і функції системи гіпофіз – гонади та щитоподібної залози при порушеннях чоловічого пубертату за умов йодної недостатності. – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.14 – ендокринологія. – Державна установа «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського Академії медичних наук України», Харків, 2008.Дисертація присвячена вивченню частоти порушень пубертату та зоба у хлопців, мешканців регіону йодного дефіциту, встановленню особливостей їх клінічного перебігу, дослідженню гормонального стану системи гіпофіз – гонади та щитоподібної залози, а також обґрунтуванню підходів до терапії та профілактики цих порушень за умов йодного дефіциту.Обстежено 7596 хлопців (12 – 17) – річного віку, для постійного спостереження відібрано 181 хворий і 20 здорових осіб. Встановлено, що 7,1 % хлопців мали недостатність статевого розвитку, а серед них 56,9 % пацієнтів мають зоб І – ІІ ступеня. Зниження екскреції йоду з сечею різного ступеня, на тлі підвищених величин ТТГ мало місце у 62,3 % досліджуваних, а у 43,5 % із них – зниження рівнів Т3 вільного, Т4 вільного, що свідчить про наявність у цих хворих корелятивного гіпогонадизму. Особливості клінічного перебігу корелятивного гіпогонадизму полягають у вираженому відставанні розвитку первинних і вторинних статевих ознак, низькорослості, інфантильному типі будови тіла, при наявності ознак маніфестного гіпотиреозу, зниженні величин Т, порушенні співвідношення Т/ЛГ. Обґрунтовано та апробовано алгоритм терапії цих порушень. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено теоретичне узагальнення і представлені нові дані про особливості параметрів фізичного і статевого розвитку, гормональних показників за умов йодного дефіциту у хлопців із порушеннями пубертату, а також запропоновано патогенетично обґрунтовані та диференційовані підходи до їх терапії.1. Частота порушень пубертату серед хлопців регіону йодного дефіциту становить 7,1 %, а серед них 56,9 % пацієнтів мають зоб І – ІІ ступеня, на тлі зниження екскреції йоду із сечею.
2. Особливості клінічного перебігу різних варіантів порушень пубертату у хлопців, мешканців йододефіцитного регіону полягають у вираженому відставанні розвитку первинних і вторинних статевих ознак, низькорослості, на тлі запізнювання осифікації кістяка у 80,9 % хворих, та інфантильному морфотипі при наявності клінічних ознак маніфестного гіпотиреозу.
3. В умовах йодного дефіциту у хлопців із порушеннями пубертату встановлена наявність дисфункціональних відхилень в системі гіпофіз – щитоподібна залоза, які свідчать про наявність маніфестного або латентного гіпотиреозу. Незалежно від виду гіпогонадизму, існує зростання рівня ТТГ у 62,3 % хворих. При цьому в структурі порушень статевого розвитку 43,5 % займає корелятивний гіпогонадизм, обумовлений гіпофункцією щитоподіб – ної залози.
4. Обґрунтовано та апробовано необхідність лікування хлопців із порушеннями пубертату шляхом застосування модифікованих схем класичної гормональної та гормоноредукованої терапії на ранніх стадіях захворювання, що дає найбільш суттєве збільшення зросту, компенсацію параметрів статевого розвитку.
5. Запропонований алгоритм терапії порушень чоловічого пубертату має позитивний вплив на реалізацію ендогенних гормонів і інкреторну функцію щитоподібної та статевих залоз і дає можливість досягти нормалізації параметрів сомато – статевого розвитку при застосуванні модифікованої гормоноредукованої терапії у хворих корелятивним і перинатально детермінованим гіпогонадизмом у 84,2 % випадків.
 |

 |