**Платонова Олена Вікторівна. Диференційований підхід до використання контрацепції у жінок з тиреоїдною патологією: Дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Кримський держ. медичний ун-т ім. С.І.Георгієвського. - Сімф., 2002. - 127арк. - Бібліогр.: арк. 107-127**

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

|  |
| --- |
| Платонова О.В.Диференційований підхід до використання контрацепції у жінок з тиреоїдною патологією.Рукопис. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.Спеціальність 14.01.01 – акушерство та гінекологіяКиївська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України.Київ, 2002.На підставі клініко-лабораторних та функціональних методів дослідження вивчені порівняльні аспекти різних методів контрацепції у жінок з тиреоїдною патологією. Науково обгрунтовані, розроблені та впроваджені нові методики попередження непланованої вагітності у жінок з тиреотоксикозом та гіпотиреозом на підставі комбінованого використання гормональних та внутрішньоматкових контрацептивів на фоні імунокорекції. Це дозволило знизити частоту непланованої вагітності, покращити стан соматичного та репродуктивного здоровя у жінок з тиреоїдною патологією. |

 |
|

|  |
| --- |
| В дисертації наведені дані про особливості ендокрінологічного та імунологічного статусу жінок з гіпо- та гіперфункцією щитовидної залози, а також обгрунтована необхідність розробки та впровадження нових методик контрацепції.1. Жінки репродуктивного віку з тиреоїдною патологією складають групу високого ризику щодо розвитку порушень менструального циклу, при цьому на фоні тиреотоксикозу вище частота альгодисменореї (18%) і предменструального синдрому (22%).
2. Ендокринологічний статус у жінок з тиреотоксикозом характеризується у фолікулінову фазу достовірним підвищенням змісту естрадіолу, прогестерону і пролактину при одночасному зниженні рівня ЛГ; у лютеїнову фазу - достовірним збільшенням естрадіолу, прогестерону, ЛГ і пролактину на фоні зменшення ФСГ.
3. У жінок з гіпотиреозом ендокринологічний статус характеризується достовірним підвищенням прогестерону і зниженням естрадіолу в обидві фази менструального циклу, а також зменшенням рівня ЛГ у лютеїновій фазі.
4. Імунологічний статус жінок репродуктивного віку з тиреоїдною патологією характеризується достовірним зниженням числа лімфоцитів з рецепторами CD3+; CD4+ і тканинного активатору плазміногену при одночасному підвищенні кількості цих клітин з рецепторами CD8+ і до тромбіну, а також тільки при тиреотоксикозі - достовірним зменшенням числа моноцитів з рецепторами до Fc-фрагмента Ig і С-3 компоненту комплементу.
5. У жінок з тиреотоксикозом при компенсованих змінах ендокринологічного статусу з метою контрацепції необхідно використовувати фемоден по загальноприйнятій схемі, а при декомпенсованих - мінізістон до 3 місяця до введення внутрішньоматкового контрацептиву “Hoвa T Cu-200 Ag” і 3 місяця спільного, а також тімалін протягом 3 місяців по 5 мг щодня з 1 по 15 день циклу.
6. З метою контрацепції у жінок з гіпотиреозом при компенсованій зміні ендокринологічного статусу необхідно використовувати ригевідон по загальноприйнятій методиці, а при декомпенсованих - марвелон за 3 місяця до введення внутрішньоматкового контрацептиву “Hoвa T Cu-200 Ag”, 3 місяця спільно, а також тімалін протягом 3 місяців по 5 мг щодня з 1 по 15 день циклу.
7. Диференційований підхід до використання контрацепції у жінок з тиреоїдною патологією дозволяє забезпечити високий контрацептивний ефект (98%), низький рівень побічних ефектів (3 міс. - 22% і 12 міс. - 4%), знизити частоту порушень менструального циклу в 2,6 разу і запальний процес - у 3 рази, а також нормалізувати ендокринологічний і імунний статус.
 |

 |