**Склярова Валентина Олександрівна. Особливості нейрогуморальної регуляції фетоплацентарного комплексу у вагітних з патологією щитоподібної залози : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Львівський національний медичний ун-т ім. Данила Галицького. - Л., 2005.**

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

|  |
| --- |
| **Склярова В.О.Особливості нейрогуморальної регуляції фетоплацен-тарного комплексу у вагітних з патологією щитоподібної залози.**- Рукопис.*Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, Львів, 2005.*Робота присвячена удосконаленню тактики ведення вагітних з патологією щитоподібної залози шляхом корекції порушень йодного забезпечення та регуляції функції фетоплацентарного комплексу з метою зниження перинатальної захворюваності.На основі біохімічних, гормональних, ультрасонографічних досліджень вивчено функціонування системи мати-плаценти-плід у вагітних з патологією щитоподібної залози в умовах природного дефіциту йоду.Визначено взаємозв'язок змін тироїдного статусу, йодного забезпечення, метаболічних показників з ускладненнями гестаційного процесу при різних типах йодної профілактики.Доведено ефективність застосування донорів оксиду азоту паралельно з йодною профілактикою у лікуванні невиношування вагітності.Запропоновані діагностично-лікувальні заходи підвищують ефективність профілактики і терапії ускладнень гестаційного процесу у вагітних, дозволяють знизити частоту акушерських ускладнень та перинатальної захворюваності. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведене теоретичне узагальнення та нове вирішення наукової задачі, що виявляється в удосконаленні тактики ведення вагітних з патологією щитоподібної залози шляхом корекції йодного дефіциту та регуляції функції фетоплацентарного комплексу з метою зниження перинатальної захворюваності.1. При патології ЩЗ вагітність супроводжується значною кількістю ускладнень, порушенням стану плода і новонародженого, частота і вираженість яких визначаються формою захворювання, його тяжкістю та терміном вагітності. Найбільша частота ускладнень спостерігається у жінок із гестаційним транзиторним тиротоксикозом, серед яких загроза невиношування вагітності складає 36,8-41,7%%, анемія – 70,6-94,7%, ранній гестоз –100%, плацентарна недостатність і затримка розвитку плода – 29,4%, кровотечі у пологах – 11,8%, перинатальна смертність з 22 тижнів –105,3.
2. Середній рівень йодурії у вагітних без патології ЩЗ впродовж вагітності є нижчим за нормативні показники йодного забезпечення не тільки для вагітних, але й невагітних. У жінок, які отримували Йодомарин по 200 мкг/добу протягом вагітності, медіана йодурії була в межах світових нормативів для вагітних, що проживають в умовах природного йодного дефіциту (150,2 – 166,7мкг/мл). Кількість мікроелементу йоду, яка міститься у вітаміно-полімінеральних комплексах (150 мкг) є недостатньою для нормального йодного забезпечення вагітних ендемічних регіонів.
3. Гестаційний транзиторний тиротоксикоз характеризується зменшенням рівня ТТГ, зростанням вТ3 та вТ4 у сироватці крові до рівнів легкого тиротоксикозу у першому триместрі вагітності, активізацією процесів ліпопероксидації, гіперпродукцією оксиду азоту, порушенням балансу йонів кальцію.
4. У вагітних з дифузним еутироїдним зобом проведення йодної профілактики призводить до нормалізації тироїдного статусу, зменшення частоти субклінічного гіпотирозу у третьому триместрі вагітності та нормалізації рівнів Т3та ТТГ у пуповинній крові, що попереджує вроджений гіпотироз.
5. У вагітних з йододефіцитною патологією ЩЗ при прогресуванні загрози переривання вагітності екскреція оксиду азоту в сечі зростає майже у сто разів, що можна розглядати як діагностично-прогностичний тест перебігу гестаційного процесу.
6. Застосування йодвмісного препарату місцевої дії Бетадину з метою нормалізації мікробіоценозу піхви та лікування бактеріального вагінозу у вагітних з еутироїдним зобом не впливає на тироїдний статус вагітних і сприяє корекції йоддефіциту.
7. Застосування запропонованого комплексу терапії загрози невиношування у вагітних з йододефіцитною патологією ЩЗ, який включає Йодомарин і Мононітросид, є патогенетично обґрунтованим, клінічно ефективним, безпечним з огляду на відсутність несприятливого впливу на організм вагітних. Проведення зазначеної терапії сприяє нормалізації тироїдного статусу вагітних і новонароджених, виявляє токолітичну дію, сприяє нормалізації стану ФПК, процесів ліпопероксидації і вмісту оксиду азоту.
 |

 |